

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 118

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TORSIONS DE L'EPIPLOON

Sans coexistence de Hernie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Juillet 1924

PAR

Fernand-Benjamin-Henry TESNIÈRE

né à Mont-Saint-Aignan (Seine-Inférieure), le 8 Avril 1896.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
ABADIE, professeur.....	
PÉRRENS, agrégé.....	<i>Juges.</i>
PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BARTHÉLEMY & CLÈDES

8 bis, rue des Frères-Bonie, 8 bis

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 118

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TORSIONS DE L'EPIPLOON
Sans coexistence de Hernie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Juillet 1924

PAR

Fernand-Benjamin-Henry TESNIÈRE

né à Mont-Saint-Aignan (Seine-Inférieure), le 8 Avril 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		ABADIE, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BARTHÉLEMY & CLÈDES

8 bis, rue des Frères-Bonie, 8 bis

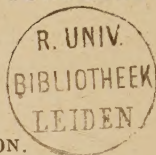
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS:

	MM.		MM.
inique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
inique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	N.
hologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
inique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
atomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale....	DENIGÈS.
atomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
atomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
ysiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUIL
giène.....	AUCHÉ.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expérim ^{te} .	GUYOT.
édecine légale et déontologie...	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
sique biologi. et clin. d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..	MOURE.
imie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	BARTHE.
tanique et matière médicale....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
armacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). - LABAT (Pharmacie).

GARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). - PETGÈS (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

	MM.		MM.
anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	BONNIN.
physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale.....	PERRENS.
anatomie pathologique.....	MURATET.		ROCHER.
parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.		DUVERGEY.
	N.		PAPIN.
physique biologique et médicale..	RÉCHOU.		JEANNENEY
chimie biologique et médicale....	N.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS:

	MM.		MM.
inique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
édecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
ccouchements.....	PÉRY.	Chimie analytique	N.
phthalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
ériculture.....	ANDERODIAS.		
orthopédie chez l'adulte, pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			ROCHER.
cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES :
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE ROUEN

DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX D'ALGER

DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI LEFEBVRE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE BORDEAUX

Inspirateur de cette thèse.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Torsions de l'Epiploon

Sans coexistence de Hernie

INTRODUCTION

Les ouvrages classiques de pathologie abdominale nous enseignent qu'on peut observer, sur les organes qui jouissent d'une mobilité suffisante, des torsions autour de leur pédicule.

Ces torsions ne sont plus, à l'heure actuelle, ni des raretés, ni des curiosités anatomo-pathologiques, témoin la liste, que nous empruntons à Mauclaire (1), des organes pouvant subir une telle torsion.

Ce sont : « l'estomac, l'intestin grêle, le diverticule de Meckel, le cœcum, l'appendice iléo-cœcal, le côlon transverse, l'S iliaque, les appendices épiploïques du gros intestin (Virchow, Riedel, Robinson, Kindirji et Séjournet), la rate, la vésicule biliaire, les reins, l'utérus normal, l'utérus fibromateux, l'utérus gravide, les trompes normales, l'ovaire. En somme, tous les organes de l'abdomen, sauf le foie, le pancréas et le duodénum. »

(1) Mauclaire. *Bulletin médical*, 1910, p. 1195.

Et parmi les formations pathologiques : « hydrosalpinx, pyosalpinx, hématosalpinx, les grossesses tubaires, les kystes séreux de l'ovaire, les kystes dermoïdes, les kystes ovariens intra-ligamentaires, les fibromes utérins, les tumeurs du mésentère et même des lipomes préherniaires (Wendel). »

Puisque de tels organes, peu mobiles, possédant des moyens de fixité relativement solides, ont pu subir une torsion, il eût été curieux que le grand épiploon fit exception, lui qui flotte librement comme un voile au-devant des anses intestinales, et dont on sait la facilité à se déjeter à droite ou à gauche et à s'insinuer dans les moindres recoins de la cavité péritonéale, entre les anses intestinales, entre le foie et le diaphragme, dans les trajets herniaires.

De telles torsions de l'épiploon (1) existent en effet, et, quoiqu'il s'agisse là de faits assez rares, des études d'ensemble en ont été publiées, basées sur un assez grand nombre de cas. Relevons-y les notions suivantes :

La torsion de l'épiploon coexiste dans 80 % des cas (2) avec une hernie.

La hernie peut être apparente ou méconnue, récente ou ancienne, maintenue ou non par un bandage ; le sac herniaire peut contenir de l'épiploon ou être complètement vide ; la hernie peut même avoir été l'objet d'une cure radicale et ne plus exister au moment où la torsion se produit. La torsion peut être intra-herniaire, intra-abdominale ou mixte ; simple, multiple, parfois très complexe (3).

Mais la notion de hernie présente ou passée n'en reste pas moins fondamentale, et peut expliquer la production de la torsion, celle-ci étant une complication de celle-là.

Par contre, les cas rares de torsion de l'épiploon sans coexistence de hernie ont été seulement signalés de loin

(1) Quelques auteurs les désignent sous le terme d'omento-volvulus.

(2) Chiffre donné par D'Allaines et Rouffiac.

(3) Chavannaz.

en loin, et considérés généralement comme des curiosités sans importance. Nous n'en avons trouvé que trente-six publiés dans la littérature médicale. Nous y joindrons une observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Lefebvre (de Bordeaux).

Nous avons cru intéressant de réunir ici tous ces documents et de les comparer pour essayer d'en tirer des conclusions concernant la pathologie de cette affection.

Notre plan sera le suivant : Après un rapide résumé historique, nous relaterons toutes les observations que nous avons pu recueillir et à l'aide desquelles nous établirons successivement l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

HISTORIQUE

Il semble que le premier cas de torsion épiploïque qui ait été observé soit celui de Marchetti, en 1851.

Mais il faut attendre les progrès de la chirurgie aseptique, pour voir les chirurgiens, à l'occasion de laparotomies ou de cures radicales de hernies, découvrir de temps à autre des torsions de l'épiploon. En effet, depuis que l'observation de Oberst, en 1882 (1), a attiré l'attention sur cette affection, les cas s'en sont multipliés assez rapidement : 5 cas en 1900 ; 44 cas en 1906 ; 77 cas en 1909 (2) ; actuellement, leur nombre s'élèverait à 147 (3).

Jusqu'en 1907, tous les travaux rédigés sur la question ne citent que des cas de torsions accompagnées de hernies. Et pourtant déjà Martinaud (4), dès 1902, en notant comme tous la présence constante de la hernie, pense qu'elle n'est peut-être pas indispensable à la production de cette torsion.

Enfin, presque coup sur coup, paraissent les études de Skeel, de Fousseng et de Füller.

Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer celle de Füller (5). Nous savons seulement qu'elle rassemble 8 ou 9 observations sans hernie.

(1) Oberst, *Centralblatt f. chir.*, 1882.

(2) Chiffres donnés par Mauclaire ; *Bull. méd.*, 1910, 1195.

(3) Mciver, *Boston méd. and surg. J.* 1923.

(4) Martinaud, Th. de Bordeaux, 1902.

(5) Füller, *Surg., Gynec. and Obst.*, Chicago 1908, VII, 231.

Foussenq (1) en cite lui aussi 7 observations, et il distingue ainsi une torsion à forme appendiculaire de la torsion à forme herniaire déjà connue.

Skeel (2) divise les omento-volvulus en trois groupes :

1^o Torsions où une partie de l'épiploon pénètre dans un sac herniaire ;

2^o Torsions où le sac herniaire, complètement vide, paraît sans connexions avec l'épiploon ;

3^o Torsions intra-abdominales pures, sans histoire de hernie antérieure, et sans hernie actuelle. Ce dernier groupe seul l'intéresse. Il en réunit 12 observations.

Il en étudie la symptomatologie et le diagnostic, et envisage les théories relatives à son mécanisme.

Lejars (3) précise le traitement opératoire.

Barboni (4) s'attache à montrer que la torsion est toujours la conséquence d'une épiploïte.

Mauclair (5), puis Aimes (6) apportent chacun leur contribution à cette étude, mais ils s'occupent surtout des torsions herniaires.

Enfin Descomps (7), après avoir constaté une fois de plus la difficulté du diagnostic, souhaite qu'on apporte un peu de simplification à la question.

(1) Foussenq, Th. de Montpellier, 1908.

(2) Skeel, *Am. j. Obst.* 1907.

(3) Lejars, *Sem. méd.*, 1907.

(4) Barboni, Th. de Paris, 1911.

(5) Mauclair, *Bull. méd.* Paris 1910.

(6) Aimes, *Progrès méd.* Paris 1919.

(7) Descomps, *Bull. et Mém. Soc. chir.* Paris 1923.

OBSERVATIONS

Avant toutes choses, nous voulons rappeler ici que les observations que nous avons pu réunir ne sont peut-être pas les seules qui existent dans la littérature médicale, mais nos recherches personnelles ne nous ont pas permis d'en trouver d'autres.

Nous avons essayé de nous mettre à l'abri de toutes les erreurs possibles en ce qui concerne la transcription et la traduction, et nous nous sommes reporté à la publication originale toutes les fois que nous avons pu nous la procurer. La lecture des travaux faits nous ayant prouvé que des erreurs parfois grossières de traduction ou d'interprétation ont pu être commises.

Signalons-en quelques-unes :

Aimes cite, parmi les torsions sans hernie, le cas d'un malade de Sonnenbourg (1) qui présentait, dit-il, une « torsion d'une tumeur inflammatoire post-opératoire de l'épiploon, torsion qui donnait des signes cliniques d'occlusion aiguë. » Kothe (2), résumant la même observation, dit : « Le cas qu'a rapporté M. Sonnenbourg concerne un homme qui avait une ectopie testiculaire droite avec hernie irréductible, mais sans signes d'étranglement, etc... » Voilà donc une observation à écarter, puisqu'il y avait hernie.

(1) Sonnenbourg, *Arch. Internat. chir.*, 1903.

(2) Kothe, *Deutsche Wochenschrift* 1908.

Lejars cite un malade de Wiessinger (1), toujours sans hernie. Reportons-nous à l'observation originale, et nous y verrons que ce malade présentait une hernie scrotale.

Fousseny résume une observation de O. Simon : « Femme, 40 ans, pas de hernie, etc... » L'observation de O. Simon (2) spécifie au contraire que cette femme présentait une hernie.

Une autre observation de Simon concerne une femme, si nous en croyons Lejars et Fousseny, un homme, si nous en croyons Skeel ; en fait, il s'agit d'un homme.

Lejars, citant l'observation de Scudder (3), déclare que l'appendice était sain ; Skeel nous le présente au contraire comme œdématié et rempli de substance muco-purulente. A défaut de la publication originale, qui devons-nous croire ?

De telles erreurs, commises par de tels Maîtres, montrent combien il est utile de s'entourer de toutes les garanties possibles. Qu'on nous excuse à notre tour, si quelques inexactitudes ont pu se glisser malgré nous, dans le cours de cette étude

(1) Wiessinger, *Münsch. méd. Wochenschrift*, 1901, 480

(2) O. Simon, *Münsch. méd. Wochenschrift*, 1905

(3) Scudder, *Annals of Surgery*, Philadelphie 1904

OBSERVATION I

Eitel, *Médical record*, 1899, p. 715

(traduite par nos soins).

T. B., mineur, 44 ans, haut de 1 m. 60, pèse 88 kilos.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le 6 décembre 1892, il consulte le Dr Heine pour son ventre qui est devenu très gros. On lui trouve de l'ascite; on le ponctionne; on lui retire 13 litres de liquide.

Le 30 décembre, il vient me consulter avec le Dr Heine. Le ventre avait repris un volume excessif. Une seconde ponction donne 10 litres d'un liquide limpide, ambré. On peut alors délimiter par la palpation une tumeur située dans l'hypogastre d'environ 18 centimètres de long, sur 10 centimètres de large et 10 d'épaisseur. Elle est un peu mobile, de consistance molle et pâteuse, analogue en cela aux hernies épiploïques, non douloureuse. Le contour en est facile à tracer aussitôt après la ponction, car la paroi est très relâchée.

Trois jours après cette seconde ponction, on décide de l'opérer.

Une incision médiane de 12 centimètres faite sur la tumeur permet de l'examiner. La tumeur, des dimensions ci-dessus, est formée d'épiploon tordu en haut et en dedans, ce qui produit une constriction, une gêne de la circulation de retour, et une énorme distension des veines. Autrement dit, il y a congestion passive de l'épiploon.

La tumeur est déroulée sans difficulté et étalée devant l'intestin; après quoi les veines distendues disparaissent et l'épiploon redevient normal. Rien d'anormal dans le reste de l'abdomen. Suture. Réunion par première intention. Il quitte l'hôpital 10 jours après.

Trois semaines plus tard, il reprend son travail sans aucun inconvénient. Aucun trouble consécutif pendant 4 ans.

OBSERVATION II

Baldwin, *Annals of surgery*, 1902, XXXVI, 940

(in Skeel, *Am. j. obst.* 1907, LVI, 799).

(traduite par nos soins).

Homme, 47 ans.

Depuis 2 jours, douleurs dans la fosse iliaque droite, avec nausées, mais sans vomissements. Sensibilité au point de Mac Burney et défense musculaire à droite au niveau du grand droit.

Diagnostic: Appendicite.

A l'opération, on trouve un appendice oblitéré et une portion d'épiploon enroulé, de la taille d'une figue, dont le pédicule est tordu huit fois sur lui-même. Déroulée, cette portion de l'épiploon avait la taille de la main.

OBSERVATION III

Syme, *Intercol. méd. j. of Australasia*, 1902, VII, 444

(in Skeel, *loc. cit.*)

(traduite par nos soins).

Femme, 51 ans.

Il y a 10 jours, elle glisse et tombe. Trois jours après, elle est prise de violentes douleurs abdominales et une tumeur apparaît. Pas de vomissements, température et pouls normaux. L'examen révèle une tumeur arrondie, de 4 centimètres, au-dessous du rebord costal, allant à droite jusqu'à la crête iliaque et en dedans jusqu'à l'ombilic. Elle est mobile, mate à la percussion.

Diagnostic: Kyste hydatique suppuré de l'épiploon.

L'opération montre une tumeur formée par l'épiploon tordu plusieurs fois sur lui-même. On pensa que, comme cette masse était adhérente à l'intestin, elle avait pu se tordre par l'effet des mouvements péristaltiques.

OBSERVATION IV

Payr, *Archiv. f. Klin. chir.*, 1902, LXVIII, 2, p. 501)
(in Lejars, *Sem. méd.* 1907, XXVII, 73).

Chez sa malade, une femme de 49 ans, qui souffrait du ventre depuis une année environ, on constatait du côté droit une tumeur arrondie, modérément tendue, de surface un peu bosselée, plus grosse qu'une tête d'enfant; elle se laissait mal délimiter par en haut, et de son pôle supérieur se détachait une sorte de cordon ascendant.

On fit le diagnostic de kyste de l'ovaire, et, à la laparatomie, on trouva une volumineuse tumeur noirâtre et infiltrée de sang, constituée par un kyste de l'ovaire à pédicule tordu et presque sectionné, et une masse épiploïque adhérente, tordue aussi deux fois sur elle-même, au niveau du cordon qu'on avait senti par le palper.

OBSERVATION V

Broca, *Revue mensuelle des Maladies de l'enfance*, 1902, p. 538

Garçon, 4 ans 1/2. Examiné le 4 juillet 1902.

« Il souffrait d'une réaction péritonéale modérée, mais évidente, avec 39°5 de température, et dans le ventre, un peu ballonné, partout sensible, ma main tomba tout de suite, à droite

de la ligne médiane, sur une grosse masse dure et mate que la douleur et la défense musculaire m'empêchèrent de palper avec précision. Elle occupait toute la fosse iliaque droite, et atteignait, de l'ombilic au pubis, la ligne médiane qu'elle dépassait peut-être un peu.

Notre diagnostic fut appendicite. Il était commandé non seulement par l'examen local actuel, mais encore par les commémoratifs. La crise, en effet, avait débuté brusquement, le matin, par une douleur vive. Mais, depuis 5 ou 6 mois, des souffrances abdominales s'étaient déclarées, à droite surtout; depuis 2 mois, à la suite d'une chute, elles s'étaient aggravées; elles procédaient par crises, avec un peu de fièvre, sans vomissements. L'enfant était habituellement constipé. Le seul fait anormal était le volume certainement gros de la tumeur, quoique la crise n'eût que quelques heures de date. L'existence d'un abcès me paraissait presque certaine. »

Sous l'influence de la glace et de l'opium, on voit diminuer le météorisme, la douleur et la défense musculaire.

Deux jours après, « la tumeur, grosse comme une orange, fluctuante, était assez régulièrement arrondie, à surface lisse, et surtout sans aucune induration inflammatoire autour d'elle. » Toucher rectal négatif. Le diagnostic est mis en doute.

Opération : « Lorsque j'ouvris l'abdomen, j'arrivai derrière le péritoine pariétal blanc, épaissi, lardacé, sur une membrane kystique fixée de tous côtés à la paroi et à l'intestin grêle, par des adhérences glutineuses. Je pus les libérer facilement en passant la main, et j'eus la même impression que pour un kyste de l'ovaire à pédicule récemment tordu. J'amenai ainsi au dehors un kyste rond, à paroi tomenteuse extérieurement, translucide, à liquide clair, appendu au sommet du grand épiploon. J'avais détordu celui-ci de gauche à droite d'un demi-tour, et vous voyez en ce moment l'état suivant : Dans ses 3 ou 4 centimètres inférieurs, l'épiploon est épaissi, induré, ecchymotique; l'infiltration sanguine descend sur le tiers supérieur de la calotte. Le liquide que j'ai fait sortir en incisant la poche était clair, mais sans avoir cependant la limpidité de l'eau de roche, et il

était contenu dans une membrane hydatique des plus nettes. »

Ablation de la tumeur. Réunion sans drainage. Guérison sans complications.

OBSERVATION VI

Noble, *Am. j. obst.*, 1904, XLIX, 364

(Traduction de la *Sem. méd.*, 1904, p. 260).

Une femme, de 24 ans, fut prise une nuit dans la région épigastrique, de douleurs atroces avec nausées et vomissements. Depuis deux ans, elle avait de temps en temps des douleurs de ce genre, mais qui n'avaient jamais encore présenté pareille intensité. Les antécédents de la malade étaient nuls, sauf une infection blennorrhagique, datant de 2 ans 1/2. Quand le médecin la vit le lendemain de sa dernière crise, elle avait une température de 37°7, le pouls battant à 90, et la langue un peu chargée; les vomissements de la nuit avaient cessé. La patiente était couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies; l'abdomen était sensible, surtout à droite, et la compression du point de Mac Burney réveillait une vive douleur qui se répercutait jusqu'à l'estomac. Il existait un peu de météorisme; toutefois le son tympanique faisait place à une légère matité dans une zone mal limitée, placée à droite, au-dessous de l'ombilic.

D'ailleurs la rigidité musculaire et un léger embonpoint rendaient le palper difficile. La malade avait eu une selle la veille.

On porta le diagnostic d'appendicite, mais les symptômes s'étant un peu amendés, cette femme refusa de se laisser opérer. Six jours après cependant, les douleurs reparurent, accompagnées d'un frisson et d'une élévation de température à 38°3, on sentait alors une masse distincte située à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic. L'opération fut cette fois acceptée et on fit la laparotomie. Entre le fascia transversalis et le péri-

toine on trouva tout d'abord un léger exsudat; puis la séreuse ayant été ouverte, on vit une masse de couleur foncée, presque noire, large de cinq centimètres, longue de douze et demi, entourée d'adhérences récentes. Après la dissociation de ces adhérences, qui s'accompagna d'une hémorragie assez abondante, on reconnut que cette masse noirâtre était le grand épiploon qui, fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite, formait une bride autour de laquelle il s'était enroulé à tel point que sa circulation était interrompue.

L'épiploon fut réséqué, ainsi que l'appendice, bien que celui-ci ne présentât aucune lésion, et la malade guérit parfaitement.

OBSERVATION VII

Stewart, *J. am. méd. ass.* 1904, XLIII, 767

(traduite par nos soins).

Homme, 35 ans. Pas d'antécédents.

Quatre jours avant l'opération, en pleine santé, il est pris d'une crise de violentes douleurs abdominales, d'abord à l'épigastre, puis gagnant la fosse iliaque droite. Il vomit et se couche. La douleur augmente et les vomissements persistent.

Stewart examine le malade le quatrième jour, le 19 juin 1902.

C'est un homme de forte corpulence, qui transpire abondamment et paraît souffrir beaucoup. Température 38°3. Pouls 120. Respiration 20. Pas de hernie. Le côté droit de l'abdomen est dur et le point le plus sensible se trouve à droite sur le bord externe du grand droit, à la hauteur de l'ombilic. Il a eu une selle juste avant l'examen.

Diagnostic : Appendicite.

Laparatomie latérale droite. Résection de l'appendice qui est d'ailleurs normal sauf trois petites taches hémorragiques sous la

muqueuse. Une recherche plus complète dans l'abdomen permet de trouver une masse de consistance spongieuse, tout en haut de l'incision. On reconnaît en elle l'angle inférieur droit de l'épiploon en voie de gangrène et tordu sur lui-même de 360 degrés. Après excision, la masse mesure 15 centimètres de long et 7 de large. La cavité péritonéale est lavée au sérum et l'abdomen fermé, sans drainage.

Guérison sans incidents.

Examen de la pièce : Une grande quantité de tissu épiploïque, de couleur foncée, et montrant beaucoup de tissu adipeux. La masse est tordue en long sur elle-même à l'endroit de l'amputation.

Un fragment prélevé au-dessous de la torsion est inclus à la paraffine, coupé, coloré à l'hématoxyline-éosine; pas de nécrose du tissu adipeux; les vaisseaux sanguins sont le siège de thromboses, en particulier les petites veines. Presque tout le sang des vaisseaux est altéré. En quelques endroits extravasations sanguines et pigment infiltrant le tissu conjonctif environnant. Ces lésions traduisent une gêne de la circulation de retour.

OBSERVATION VIII

Scudder, *Annals of surg.*, 1904, XL, 916

(in Skeel, *Am. j. obst.*, 1907, LVI, 799).

(traduite par nos soins).

Homme, 25 ans, employé dans un magasin de chaussures.

Malade depuis 7 jours, de douleurs abdominales, d'abord diffuses, puis localisées du côté droit. Il a vomi le premier jour, mais pas depuis. La rigidité musculaire est localisée au côté droit où l'on peut palper une masse à contours mal définis,

occupant la totalité de la fosse iliaque droite; masse mate à la percussion, peu sensible.

Diagnostic : Appendicite.

L'opération montre un épiploon tordu tout entier plusieurs fois sur lui-même, avec thromboses veineuses. L'appendice était œdématisé et rempli de substance muco-purulente.

OBSERVATION IX

O. Simon, *Münsch. méd. Wochenschrift*, 1905, LII, 1979

(traduite par nos soins).

Homme, 26 ans, chauffeur.

Depuis 10 jours, crises fréquentes de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Il continue son dur labeur pendant 2 jours encore, puis la douleur devient plus forte et s'accompagne de constipation et de nausées. Dans la région iléo-cœcale, on sent une résistance à la palpation. Pouls 100. Température 38°. Le malade est entré avec le diagnostic d'appendicite.

A l'examen : Zone de matité étendue de la région vésiculaire à l'ombilic, de là, à l'arcade crurale et à la région lombaire droite. La fluctuation est manifeste et confirmée par le toucher rectal. Le reste de l'abdomen est légèrement ballonné, mais non douloureux. Pas de hernie. Langue humide. Pouls fort 100-110. Température 38°-38°5.

Je posai le diagnostic d'abcès appendiculaire enkysté, et décidai de l'opérer.

L'incision au bord du grand droit laisse évacuer 1 litre 1/2 de liquide fortement teinté de sang, qui fut suivie plus tard d'une plus grande quantité encore, issue du petit bassin; aussitôt on trouve une tumeur d'un noir bleuâtre, dans la région du cœcum, adhérente au pelvis. Du côté droit, adhérences légères à

l'intestin. La tumeur, formée d'épiploon très oedématié, est séparée sans difficulté du pelvis et du cœcum, situé plus bas. Son pédicule, appendu vers le milieu du côlon transverse, est gros comme le pouce et tordu deux fois dans le sens des aiguilles d'une montre. On le ligature et on le sectionne. Contre la paroi du cœcum se trouve l'appendice long de 4 centimètres, adhérent; on l'extirpe également. Nettoyage du ventre, suture à 3 étages.

Guérison en trois semaines. Il travaille en février.

Examiné en septembre 1905: l'intestin fonctionne normalement et la cicatrice est solide; ne porte pas de bandage.

La tumeur épiploïque extirpée était longue de 18 centimètres, large de 10, épaisse de 6, elle était noire bleuâtre avec endroits verdâtres gangrénés; les veines étaient thrombosées.

L'appendice gros comme un crayon ne présentait intérieurement aucun signe d'inflammation.

OBSERVATION X

Riedel, *Münsch. med. Wochenschrift*, 1905, LII, 2257
(Traduite par Fousseng, traduction légèrement modifiée).

H. J., femme, 38 ans, entrée le 30 juillet 1905.

Bien portante jusqu'alors, très fertile, 5 enfants bien portants.

Au début de 1904, elle éprouve, au cours de sa sixième grossesse une sensation de pesanteur à l'hypogastre. Lorsqu'elle voulait se lever elle éprouvait comme quelque chose qui se déplaçait dans l'abdomen et qu'il lui fallait repousser. L'état général était bon, mais, lorsqu'elle essayait de repousser ce qui la gênait, elle éprouvait de la douleur. Le 15 avril, elle accouche prématurément d'un enfant de 6 mois. La délivrance a été normale, elle est restée couchée 15 jours, sans fièvre. Lorsqu'elle se leva la sensation de pesanteur persistait, mais il n'y avait plus de douleur.

L'année suivante, cette pesanteur s'exagéra. Le 24 juillet 1905,

elle va chercher du bois et en porte un lourd panier. Le mardi elle n'éprouve rien; le mercredi, elle eut de la céphalée, de la lassitude, et dans la nuit, des douleurs apparurent du côté droit de l'abdomen, puis passèrent à gauche. La malade souffrait surtout en urinant. Jeudi après-midi, elle est obligée de rester couchée, vendredi de même. Elle va à la selle, pas de vomissements, Samedi matin, la température est 37°5; le soir elle n'a pas été prise, parce que le matin, le médecin lui avait conseillé de se rendre à Iéna. Il avait diagnostiqué une typhlite.

Etat actuel. — Femme pâle et maigre. Rien d'anormal du côté droit, quelques douleurs à la pression du côté gauche; au-dessus de la symphyse, on sent une tumeur de dimension moyenne, ignorée de la malade. Au toucher vaginal, on trouve une tumeur de la grosseur du poing qui paraît en rapport avec l'utérus. Le ventre est partout plat; il n'y a pas d'hyperesthésie; pouls et température normaux. Pas de hernie.

Incision en zig-zag à droite; l'appendice est tordu, paraît chroniquement enflammé; il est réséqué. Après écartement des lèvres de la plaie, on découvre une masse épiploïque hémorragique récente, de la grosseur du poing. Cette masse adhère à l'intestin grêle, à l'utérus, à la paroi abdominale et enfin vers le haut, au reste de l'épiploon, légèrement infiltré.

L'ablation de la tumeur se fait rapidement ainsi que celle de l'épiploon avoisinant. On voit alors qu'elle est suspendue à un pédicule grêle, tordu à sa partie supérieure, et présentant deux torsions de 360° autour de son axe, et plus bas une torsion en sens opposé. La grosse tumeur située sous cette seconde torsion est de couleur rouge bleue avec infiltration hémorragique abondante. Au-dessus, la petite portion de la tumeur est molle et constituée par un épiploon un peu épaissi et presque normal, bien que son pédicule soit tordu deux fois autour de son axe. On ferme la cavité abdominale.

Suites, sans complications.

20 août, sortie; 17 septembre, cicatrice étroite, longue de 11 centimètres. Sans hernie. Etat général satisfaisant.

Le diagnostic avait été appendicite ou pyosalpinx.

OBSERVATION XI

Riedel, *ibid.*

Anna W..., 38 ans, est entrée le 7 juin 1904.

Très bien portante jusqu'alors; le 22 mai, elle vomit, se sent mal à l'aise, mais ne souffre pas du ventre. Les douleurs abdominales n'apparaissent que le 1^{er} juin, à droite et en haut, dans la région du foie. Le 5 juin, le médecin a été appelé, il parle d'abord de coliques hépatiques, puis d'appendicite, et deux jours plus tard envoie la malade à Iéna.

Etat actuel. — Femme forte et bien portante aux autres points de vue; se plaint de douleurs vives à la pression du flanc droit. On sent une résistance nette, qui arrive jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le ventre est un peu ballonné, on peut le déprimer. Température 37°5. Pouls 102.

Le 8 juin 1904, incision latérale droite par le grand droit. On trouve un cordon épiploïque d'une grosseur un peu supérieure à celle d'un crayon dans l'angle supérieur de l'incision. Ce cordon se continue en haut et à droite, en avant du foie, avec une masse épiploïque grosse comme le poing, située entre la face antérieure du foie et le diaphragme auxquels elle adhère. Cette masse est longue de 10 centimètres, large de 5, épaisse de 1. A deux travers de doigt du bord antérieur du foie, se trouve le bout distal de l'appendice libre, un peu hyperémié, un peu enflammé. Le cœcum est situé haut.

Le cordon épiploïque est excisé, la tumeur séparée de ses adhérences. On met un drain enveloppé de gaze dans la région occupée par l'épiploon en avant du foie. L'appendice est réséqué.

Suites sans réaction. Le 2 juillet, le drain est enlevé un peu trop tôt, car la gaze laissée en place s'élimine. Le 10 juillet, il y eut un abcès de la région épiploïque sur le côté de la cicatrice. Nouveau drainage. Le 8 août, elle est sortie.

Le diagnostic avait été: adhérences de la vésicule biliaire.

OBSERVATION XII

Cullen, *Johns Hopkins Hosp. Report*, 1905, XVI

(in Skeel, *Am. j. obst.* 1907, LVI, 799).

(traduite par nos soins).

Homme, 47 ans, contrôleur.

Ayant expulsé de son train un voyageur ivre, il sent le lendemain une douleur dans la région appendiculaire. Six jours plus tard, la température était 38°, le pouls 100, leucocytose 17.600. Ni tumeur, ni rigidité musculaire.

Diagnostic : Appendicite.

L'opération montre un appendice gros et adhérent; après résection seulement, on découvre une masse formée d'épiploon tordu avec un pédicule gros de 1 centimètre, appendu à l'union du côlon ascendant avec le côlon transverse. La masse est gangrénée; résection.

OBSERVATION XIII

Tuffier (*Bull. de la Société de Chirurgie*, Paris 1906, XXXII, 301)

Pas de hernie.

J'ai opéré le 20 décembre 1905, une jeune femme de 23 ans, entrée à Beaujon, salle Jarjanay, n° 2, pour une tumeur apparue brusquement dans le bassin, un mois avant son entrée, à la suite d'une chute dans un escalier. La tumeur était du volume de deux poings, médiane arrondie, légèrement mobile en tous

sens, et répondant aux caractères classiques d'une tumeur de l'épiploon; elle était inaccessible par le toucher vaginal d'ailleurs négatif; et le seul symptôme fonctionnel notable était une constipation opiniâtre. La laparotomie me fit constater une torsion de l'épiploon auquel pendaient superposés, de bas en haut, trois kystes hydatiques. Le premier volumineux, fixé dans le grand bassin, le second plus petit, ayant un pédicule tordu qui le reliait au premier. J'estime à quatre le nombre des spires; le troisième au-dessous de l'estomac et relié au deuxième par un pédicule plus court, environ un tour de spire.

J'ai réséqué la totalité du grand épiploon, puis l'ovaire droit qui contenait greffé un autre kyste hydatique, et ma malade a parfaitement guéri.

OBSERVATION XIV

Hanley, *Buffalo méd. journal*, 1906, 539.

(traduite par nos soins).

C. Z., 33 ans, chauffeur.

Bien portant jusque trois jours avant l'opération (13 octobre 1905). Il croit s'être blessé ce jour-là en glissant, dans la chaufferie. Pouls. 90. Température, 38°3. Leucocytose 16.000. Douleur au moindre contact et défense musculaire du côté droit, depuis l'arcade crurale jusqu'au neuvième espace intercostal. A l'ouverture du ventre, on trouve une portion d'épiploon de 15 centimètres sur 12, et 4 d'épaisseur, adhérente au péritoine, à l'iléon et au cœcum; il présentait un étranglement et était en voie de gangrène. L'appendice, en arrière de cette masse, était enflammée par le contact de l'épiploon malade; sa séreuse était congestionnée, mais sa muqueuse normale. L'épiploon fut séparé de ses adhérences.

Le malade a guéri, et quitta l'hôpital le trente-et-unième jour.

OBSERVATION N°.

Hanley, *ibid.*

(traduite par nos soins).

J. S., 43 ans, camionneur.

Il y a environ un mois, il s'est donné un effort, mais la douleur qu'il ressentit ne l'empêcha pas de continuer son métier. Le 15 novembre 1905, la douleur dans le flanc revint si forte qu'il se coucha; il put reprendre son travail le lendemain.

Le 19 novembre, examen: Défense musculaire, depuis l'arcade crurale, jusqu'à la ligne médiane et au neuvième espace intercostal, à droite; douleur à la pression, si violente que le malade est incapable de se lever; il ne trouve un peu de soulagement que couché sur le dos, jambes et cuisses fléchies. Pouls 84. Température 37°2. Numération des leucocytes 8.000.

A l'ouverture du ventre, on trouve une portion d'épiploon rectangulaire, de 10 centimètres sur 8, adhérente au cœcum et au péritoine; elle présentait un étranglement et était en voie de gangrène. Appendice long de 10 centimètres, épaissi, dont la séreuse est très enflammée par le contact de l'épiploon malade. Ablation de la masse épiploïque et de l'appendice.

L'état du malade est normal, pendant les quatre premiers jours après l'opération, comme température, pouls, fonctions digestives, urinaires, intestinales, etc. Mais le sixième jour, il fait une crise de délirium tremens (bien qu'il ne semble pas avoir jamais abusé d'alcool), et profitant d'une absence de l'infirmière, il saute du troisième étage par la fenêtre en brisant les vitres, et tombe d'une hauteur de 12 mètres. Il ne se casse rien et s'en tire avec quelques coupures à la face, et une forte secousse. La plaie abdominale se réunit par première intention.

Il quitte l'hôpital le trentième jour, guéri.

OBSERVATION XVI

Skeel, *Am. j. obst.*, 1907, LV1, 799.

(traduite par nos soins).

Le 26 mai 1907. F. B., homme, 21 ans.

Ce malade raconte qu'il y a un an, il a eu des troubles digestifs considérables, qu'il attribue à une nourriture malsaine, et à l'abus de boisson et de tabac.

Le mois dernier, il a été blessé au pied dans un accident de chemin de fer, mais il n'a pas eu de contusion à l'abdomen.

Il y a quatre jours, il fut pris d'une crise de violentes douleurs épigastriques, à la suite desquelles il eut des vomissements et de la diarrhée. Douleur et diarrhée ont persisté jusqu'à aujourd'hui, mais avec des rémissions pendant lesquelles il se trouve très bien. Pendant une de ces rémissions il est allé se promener à la campagne en voiture, mais la promenade produisit immédiatement une recrudescence de la douleur particulièrement intense. Il consulta alors pour la première fois son médecin qui fit le diagnostic d'appendicite et conseilla de voir un chirurgien, ayant observé que le cas présentait une allure assez particulière.

L'examen montre un jeune homme musclé, très bien développé; le faciès était anxieux, mais non pincé; température 38°3, pouls 116. Organes thoraciques normaux; abdomen seulement un peu ballonné et partout un peu dur. Pas d'hyperesthésie cutanée. Sensibilité à la pression surtout marquée au-dessous et à droite de l'ombilic. Tout le côté droit de l'abdomen est mat à la percussion, et sans relief sur la ligne médiane. A la même place on a une sensation vague de résistance, mais sans pouvoir trouver une masse distincte. Il n'y a pas de hernie.

Malgré l'allure assez inusitée de ce cas, la diarrhée et l'absence de localisation précise, on fait le diagnostic d'appendicite et le

malade est envoyé à l'hôpital. Là, on ne juge pas nécessaire de se hâter et on le met en observation au repos, pour la douleur actuelle due à sa promenade, quitte à l'opérer dans la journée, s'il ne va pas mieux. Le lendemain, température 38°, pouls 106, mais il a passé une mauvaise nuit. Le faciès est décidément plus mauvais, l'abdomen plus ballonné.

Opération : Incision de Mac Burney. Il s'écoule une grande quantité de liquide séro-sanglant. On trouve rapidement la base de l'appendice, mais en la cherchant, on perçoit une grosse masse du côté de la ligne médiane, séparée de l'incision par une anse intestinale libre. Aucun doute, cette masse est un autre abcès; on fait avec précaution une seconde incision cutanée, médiane, qui découvre une tumeur d'un rouge foncé, légèrement adhérente par presque toute sa face antérieure à la paroi abdominale. On la libère avec précaution, on sectionne ses adhérences au pelvis et à l'intestin; et la masse, accouchée par la plaie se montre formée d'épiploon. C'est seulement après l'avoir ainsi exposée qu'on lui trouve un pédicule, à peu près gros comme le doigt; il est intimement uni au côlon transverse, et a subi une torsion serrée de cinq tours sur lui-même, de gauche à droite. Avant de faire une ligature serrée de l'épiploon au ras du côlon, on déroule en partie la tumeur, mais aussitôt, posée sur la plaie, elle reprend sa forme première pendant qu'on sectionne le pédicule; tout comme un morceau de ficelle ou de corde détordu, se retord en vertu de son élasticité.

On referme l'incision médiane. On résèque l'appendice adhérent, dirigé en haut et en dedans.

Shock considérable, mais convalescence sans incidents; température et pouls normaux dès le troisième jour.

La pièce, conservée, est exactement semblable à la pièce fraîche, sauf qu'elle a perdu cette couleur foncée qu'elle devait à la présence de sang libre dans son tissu, et que les veines thrombosées se sont notablement rétrécies.

OBSERVATION XVII

Edw. J. Ill, *Am. j. obst.* 1907, LVI, 742.

(traduite par nos soins).

Le docteur Edw. J. Ill, rapporte deux cas qu'il a observés chez des hommes de plus de 50 ans qui étaient en pleine force, et pesaient plus de 90 kilos chacun.

Le premier fut observé il y a environ huit ans, à la suite d'exercices équestres, et fut pris pour une appendicite.

Il opéra cet homme dans les vingt-quatre heures après l'apparition des premiers symptômes, et réséqua l'épiploon tout entier.

OBSERVATION XVIII

Edw. J. Ill, *ibid.*, suite.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une portion de l'épiploon, grande comme la moitié de la main.

OBSERVATION XIX

C. C. Frédérick, *Am. j. obst.*, 1907, LVI, 742.

(traduite par nos soins).

Le Dr Frédérick, a observé un cas de torsion de l'épiploon, dans sa clientèle, il y a 10 à 12 ans, mais il ne l'a pas publié.

Ce cas est un peu différent de celui du Dr Skeel, en ce qu'il consistait en torsion d'un kyste de l'ovaire et de l'épiploon. Sur le haut d'un kyste de l'ovaire, du volume d'une tête fœtale, l'épiploon avait formé des adhérences; la torsion du pédicule du kyste avait produit en même temps la torsion de l'épiploon, et des troubles circulatoires dans les deux.

OBSERVATION XX

Kothe, *Deutsch. méd. Wochenschrift*, 1908, XL, 738.

(traduite par nos soins).

Homme, 26 ans.

Bien portant jusque là, il est pris le 28 novembre 1907 assez brusquement de douleurs dans tout le bas-ventre, surtout à droite. Comme elles augmentent, il entre à l'hôpital le 30 novembre. Selles régulières, encore hier. Ni vomissements, ni éructations; anorexie.

Examen: Homme bien constitué. Etat des voies digestives médiocre. Etat général satisfaisant. Organes thoraciques normaux. Urine normale. Abdomen non ballonné. Dans la fosse iliaque droite, sensibilité à la pression et résistance musculaire. Zone de matité grande comme la paume de la main.

Température 36°. Pouls 80. Leucocytose 19.000.

Diagnostic clinique: Appendicite simple.

Traitement: Expectative. Huile de ricin.

Le 1^{er} décembre, le malade a plusieurs selles. Les douleurs sont plus fortes, ainsi que la sensibilité à la pression; la matité est plus étendue. Température et pouls un peu plus élevés. Au contraire, la leucocytose a diminué (17.000).

On intervient, malgré l'incertitude du diagnostic :

Rachianesthésie à la stovaine. Incision oblique latérale droite. La couche musculaire est imbibée de sérosité; le péritoine est gonflé, comme une vessie, translucide, bleuté. A l'ouverture, il s'en écoule une sérosité teintée de sang. Auprès d'une anse de l'intestin grêle, se trouve l'épiploon, foncé, infiltré. On le sort, on l'examine; il est entièrement libre sans aucune adhérence. La tumeur épiploïque, infiltrée de sang, est appendue à un mince pédicule à peine gros comme un crayon, et tordu de 360°. Détordu, l'épiploon tarde à reprendre ses caractères normaux, on le résèque. Le cœcum est situé haut, adhérent au pelvis; les adhérences rompues, on peut le mobiliser. L'appendice est en arrière et en dessous, une moitié adhérente au cœcum, l'autre moitié libre. Le cœcum est hyperémié et infiltré. L'appendice est pâle, non épaissi. On le résèque quand même. Suture de la paroi.

Suites : L'évolution se complique d'une hémorragie au troisième jour; on rouvre la plaie. Il y a de gros caillots entre le plan musculaire et le péritoine. Aucun gros vaisseau ne saigne mais il y a une hémorragie en nappe qu'on ne peut arrêter que par tamponnement. (Hémophilie).

La pièce montre en haut le pédicule mince tordu une fois; plus bas, existe une seconde torsion.

OBSERVATION XXI

Füller, *Surg. gynéc. obst.*, Chicago, 1908, VII, 231.

(in Balduin : *Prag. méd. Wochenschrift*, 1910, XXXV, 559)

(traduite par nos soins).

Femme, très forte.

Depuis plusieurs années, crises de coliques fréquentes. La dernière, plus forte, donne l'impression d'une appendicite aiguë.

Opération : On trouve l'épiploon tordu plusieurs fois, avec son extrémité inférieure fortement adhérente au pavillon de la trompe droite; il est très tendu. Résection totale.

Guérison en 15 jours.

OBSERVATION XXII

Gmeiner (1908, in Balduin, *loc. cit.*)

(traduite par nos soins).

Femme, 55 ans, obèse. Pas de hernie.

Depuis une chute, qu'elle a fait il y a deux mois, elle souffre du ventre.

Douleurs violentes, quotidiennes; nausées; signes d'occlusion intestinale; tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant dans le côté droit.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

Résection de l'épiploon tordu.

Guérison.

OBSERVATION XXIII

Schoenholzer, *Corresp. bl. f. chir.*, 1909.

(traduction Barboni, th. de Paris 1911).

Une jeune fille de 20 ans arrive à la clinique, le 2 décembre 1908, avec le diagnostic : appendicite aiguë. La maladie débute le 28 novembre, mais elle avait éprouvé quelques jours auparavant, du côté droit de l'abdomen, des douleurs qui, d'abord

légères, ne firent qu'augmenter de jour en jour, devinrent si violentes le jour précédant son entrée à l'hôpital, que le médecin ordonna le repos au lit et l'opium.

Jusqu'alors la malade avait pu travailler comme de coutume, mais elle devait se reposer de temps en temps, à cause des douleurs qu'elle ressentait dans le ventre. Jusqu'au 30 novembre, il y avait eu des selles, puis il y eut arrêt stercoral, mais les gaz passaient toujours. En juillet 1908, elle avait eu plusieurs attaques semblables qui duraient de un à deux jours et se répétaient. A son entrée à l'hôpital, le 2 décembre 1908, à 2 heures, on l'examine : c'est une personne d'une taille moyenne, forte, sa physionomie est souffrante; elle a des douleurs dans le côté droit; température $37^{\circ}9$, pouls 120; langue humide, blanche; respiration costale; ventre un peu ballonné, pas de contracture. On trouve, dans le côté droit de l'abdomen, une tumeur grosse comme le poing, qui s'étend de la hauteur de l'ombilic, jusque dans la région iléo-cœcale. Ses limites, précises sur son côté interne, le sont moins en dehors. A la percussion, dans la partie droite de l'abdomen, submatité. Entre la fosse iliaque et la tumeur, zone avec du tympanisme. Pas d'ictère, pas de hernie.

On met la malade en observation, glace sur le ventre. Les douleurs continuent; le soir, température $38^{\circ}4$, pouls 132. Le faciès devenant plus mauvais et la tumeur augmentant de volume en hauteur, on opère, 6 heures après l'entrée de la malade à l'hôpital. On ouvre le ventre sur la tumeur, pas de liquide dans l'abdomen; l'épiploon est fortement œdématié, de coloration bleu foncé, avec des zones brillantes, graisseuses. Le doigt, introduit dans le ventre, trouve une tumeur de l'épiploon, qui va jusqu'à l'entrée du petit bassin.

On en détache les adhérences, on continue en haut, et on reconnaît qu'on a affaire à une torsion de l'épiploon, dont les tours de spire se répartissent sur toute la hauteur de la tumeur, au nombre de quatre et dirigées de gauche à droite. L'épiploon est appendu en haut au côlon transverse par une corde solide en forme de tire-bouchon. Le côlon a la forme d'un M.

Plus de la moitié de l'épiploon est prise par la tumeur.

L'extirpation se fait facilement après ligature au catgut.

Guérison sans complications, le 12 décembre, la malade se lève et part le 17.

OBSERVATION XXIV

Markoe, N. Y. *méd. j.*, 1910, CXII, 4.

(traduite et résumée par nos soins).

Miss G..., 31 ans.

Il y a quatre ans, elle a eu une forte crise d'appendicite; on lui fait en même temps l'appendicectomie, la néphropexie et l'hystéropexie, le tout par une incision médiane antérieure. Guérison.

En novembre 1909, ayant soulevé un poids, elle sent quelque chose dans son ventre. Le 28 novembre, soit 15 jours après, elle s'éveille avec une migraine et prend une forte dose de sel. Selles abondantes. Comme elle s'est purgée et qu'elle attend ses règles, elle n'est pas surprise de souffrir du ventre. La douleur augmente. Le médecin prescrit de la morphine et des applications chaudes. La douleur siègeait depuis le point de Mac Burney jusqu'à la symphyse, où elle était surtout accentuée. Température 37°9. Pouls 100. Faciès anxieux. Rigidité du muscle grand droit à droite. 4.800.000 globules rouges; 18.800 leucocytes dont 72 % polynucléés neutrophiles. Urines contenant des cellules de sang et de pus, et des débris épithéliaux.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie exploratrice, médiane, sur l'ancienne cicatrice. Pas de liquide. L'épiploon, non chargé de graisse est étendu devant l'intestin. A son bord droit, un fragment de 0,5 centimètres d'épaisseur et 6 centimètres de large est tordu sur lui-même. Il est situé bas dans le pelvis, entre le ligament

rond qui est tendu, et la bande fibreuse créée par l'hystéropexie entre l'utérus et la paroi. Cette bande d'épiploon est tordue de 6 ou 7 tours et se termine par une tumeur grosse comme un œuf, congestionnée. Elle n'adhère nulle part; on l'extrait facilement. Ablation après ligature. Les autres organes sont normaux, le moignon appendiculaire est sain. Suture de la paroi. Guérison.

La tumeur extraite présente une face lisse comme une vessie d'enfant, et l'autre face lobulée. Elle mesure exactement 4 c/m, 3 c/m 5, et 3 c/m. A la coupe, hémorragies abondantes; bandes fibreuses rayonnées du hile; un assez grand nombre de petites cavités kystiques, dont plusieurs contiennent du sang. Le pédicule a 0,5 c/m de long et 0,8 c/m de large.

L'examen microscopique des diverses parties en a été fait très complètement. Il montre un peu partout des petites hémorragies interstitielles, et des îlots de cellules leucocytaires. Les vaisseaux sont congestionnés, plusieurs mêmes thrombosés. Le sang des vaisseaux contient beaucoup de leucocytes. Les petites cavités kytiques sont pleines de sérum ou de sang coagulé. En somme, processus hémorragique et inflammatoire.

OBSÉRVATION XXV

H. Balduin, *Prager méd. Wochenschrift*, 1910, XXXV, 574.

(traduite et résumée par nos soins).

Femme, 19 ans.

Douleurs abdominales, asthénie physique, céphalées.

Examinée une première fois le 14 février 1908; le toucher vaginal ni la palpation ne révèlent rien.

Le 30 novembre 1909, elle n'a pas eu ses règles depuis 2 mois 1/2. Elle a été prise, brusquement, il y a 5 jours, de douleurs dans la moitié droite de l'abdomen, avec vomissements; elle souffre aussi en urinant. La douleur existe encore, mais les vomisse-

ments sont calmés. Hier, elle a eu une selle, mais très douloureuse.

Examen. Jeune femme bien constituée. Urine normale. Pas de sécrétion mammaire. Toucher vaginal : utérus grossi, de consistance molle, comme un utérus gravide de 3 mois; annexe gauche non perceptible; à droite, la douleur empêche toute exploration. Abdomen régulièrement arrondi. Zone résistante au-dessus de l'arcade crurale droite, dure, douloureuse, de surface inégale; on n'est pas sûr qu'elle fasse corps avec l'utérus. Leucocytes non comptés.

Diagnostic : Torsion d'un kyste de l'ovaire.

Opération le 4 décembre 1909. On voit d'abord l'épiploon attiré à droite vers la tumeur à laquelle il adhère. Cœcum, appendice, annexe droite normaux. La tumeur qui siège au bord du bassin est extirpée. Elle consiste en tissu hémorragique et nécrotique; elle est appendue à l'épiploon, avec son pédicule gros comme un crayon. Ligature, section du pédicule, lavage du ventre, hémostase, suture.

Il s'agit d'une tumeur de l'épiploon tordue.

Convalescence normale, guérison, sortie le 21 décembre 1909.

La tumeur extirpée a une longueur totale de 16 c/m, dont 5 c/m de pédicule, gros comme un crayon, tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. Ce pédicule aboutit à une tumeur de 11 c/m sur 4 c/m, qui est formée, elle aussi, d'épiploon tordu.

A la coupe : zones nécrosées, thromboses veineuses.

Examen microscopique : lésions inflammatoires chroniques, et dégénérescence.

OBSERVATION XXVI

Eliot, *Annals of surgery*, 1914, LIX, 777.

(traduite par nos soins).

Homme, 57 ans.

Il y a 9 jours, il a eu une crise de douleurs abdominales du côté droit, aiguës, augmentées par la respiration et les mou-

vements du ventre; il reste couché. Au bout de quelques jours, elles disparaissent pendant deux jours pour revenir au même siège. Il n'a eu ni nausées, ni vomissements, ni frisson, ni fièvre, ni ictère. Légère constipation. Il a déjà eu une crise analogue il y a 9 ans, qui a duré 6 semaines. A part cela, il s'est toujours bien porté.

Examen: Tumeur grosse, régulière, un peu sensible, située dans la fosse iliaque droite, et dépassant un peu la ligne médiane du côté gauche; s'étendant en haut jusqu'au niveau d'une horizontale passant par l'ombilic. On la sent par le toucher rectal. Elle est immobile pendant la respiration. Elle est mate à la percussion, de consistance élastique. On la considère comme un gros abcès appendiculaire, 8.375 leucocytes, dont 75 % polynucléés. Pouls 90 à 100. Température normale.

Opération: Incision latérale de la paroi et du péritoine. La cavité contient une grande quantité de sang en partie coagulé. La tumeur perçue est formée d'épiploon très foncé, allant jusqu'à la ligne médiane. L'appendice est mince, atrophié et légèrement hypérémié, mais ne semble pas enflammé. On le résèque. Puis, par une seconde incision médiane sous-ombilicale, on sort une masse épiploïque gangrénée, tordue. On l'ampute. Elle présente une zone de très forte adhérence à la paroi abdominale à droite tout près de la vessie. Après résection, les anses intestinales sont adhérentes les unes aux autres et au pelvis. On les dissocie avec soin. La portion du côlon transverse qui était en rapport avec l'épiploon gangréné est tirillée, et présente un début de torsion, mais il n'est pas obstrué. Suture de la paroi, avec un drain dans le pelvis.

Pendant quelques jours, le malade est en mauvais état. Une entérocyse l'améliore jusqu'au dix-neuvième jour. Mais il se forme un abcès au niveau du canal inguinal droit, qui, ouvert, donne une certaine quantité de pus à staphylocoques. Cet abcès a dû être produit par la nécrose d'un petit fragment de l'épiploon resté à l'endroit où il était si adhérent à la paroi. Le pus devient séreux et disparaît en dix jours.

L'examen de la pièce montre des zones nécrosées et des thromboses vasculaires.

OBSERVATION XXVII

Mathews, *Ann. of surg.*, 1914, LIX, 778.

(traduite par nos soins).

Le Dr Mathews a constaté récemment une torsion de l'épiploon chez une femme, avec des symptômes simulant une appendicite. On sentait une tumeur.

A la laparotomie, on trouva une masse d'épiploon, adhérente, qui s'était partiellement tordue de droite à gauche, mais n'était pas complètement gangrénée. Il semblait que ces adhérences soient tout à fait récentes. L'appendice n'était pas tordu.

OBSERVATION XXVIII

Hartwell, *Ann. of surg.*, 1915, LXI, 626.

(traduite par nos soins).

Femme, 53 ans.

Présente depuis plusieurs années les signes d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum. En 1911, hémorragie sérieuse; on la traite par une cure diététique. Mais les symptômes vont en augmentant. En octobre 1914, elle souffre toujours et rend une grande quantité de sang noir par l'anus. Le 15 décembre, elle est prise d'une violente douleur abdominale à droite. Vomissements.

La douleur diminue un peu, mais deux jours plus tard, survient une deuxième crise, très violente.

L'examen de l'abdomen montre une défense musculaire du côté droit, et une douleur considérable. Il y a une zone particulièrement sensible dans la région pylorique. Température 37°8. Pouls 64. 10.000 leucocytes dont 76 % polynucléés.

Diagnostic : Perforation subaiguë d'ulcère d'estomac.

Opération : Anesthésie à l'éther. Incision à droite par la gaine du grand droit. Sur la petite courbure de l'estomac, tout près du pylore, il y a une zone épaissie sur laquelle se trouve une masse de graisse adhérente à l'estomac et tordue à tel point, qu'elle est gangrénée. Après sa libération, il reste un épaississement de l'estomac qu'on attribue à un vieil ulcère sous-jacent.

On résèque cette portion de l'estomac entre deux clamps et on tente de rapprocher les bords. Ce procédé rétrécit un peu la cavité de l'estomac près du pylore, de sorte que la gastro-entérostomie semble préférable. Les autres organes sont normaux.

L'examen de la pièce montre qu'elle est formée d'une partie de l'estomac et d'un fragment d'épiploon de 2 c/m de diamètre et 1 c/m d'épaisseur. L'aspect est celui d'un épiploon étranglé.

Examen microscopique : Le tissu est infiltré de sang et les cloisons inter-lobulaires sont envahies de cellules de pus. La paroi stomacale n'est pas modifiée, ni dans sa muqueuse, ni dans sa musculéuse. La tunique externe est infiltrée de fibrine et de sang qui d'ailleurs recouvre sa surface à cet endroit.

OBSERVATION XXIX

Ross, *Ann. of surg.* 1916, LXIII, 248

(traduite par nos soins).

Femme, 40 ans.

Entre à l'hôpital, le 13 août 1915, pour des douleurs abdominales. Début 5 jours avant; les douleurs siègent d'abord à la

partie supérieure de l'abdomen, puis se généralisent; et enfin, 2 jours après, elles se localisent dans la partie inférieure droite de l'abdomen.

6.200 leucocytes; température 37°8; pouls 108; pas de frisson. Appétit, organes digestifs, cœur, poumons, reins, sont normaux. C'est sa première maladie; pas d'antécédents héréditaires, son mari et ses quatre enfants sont bien portants.

Examen négatif, sauf une sensibilité marquée au point de Mac Burney. On perçoit dans le quart inférieur droit de l'abdomen une masse imprécise.

Diagnostic: Appendicite aiguë avec abcès.

Opération: On trouve l'appendice enflammé et couvert de lymphes. L'épiploon, tordu sur son axe, mesure 20 c/m; il fait trois tours complets. Il est foncé purpurique, mais non gangréné. Résection de l'appendice, de l'épiploon, et d'un appendice épiploïque adhérent au mésentère.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXX

Kelley Hale, *J. Am. m. ass.*, 1917, LXV, II, 977

(traduite et résumée par nos soins).

Homme, 66 ans, ouvrier.

Il y a trois semaines, nausées et vomissements, avec douleur abdominale médiane sous-ombilicale.

Température 38°9, pouls 85, faciès coloré, pas de sensibilité épigastrique, mais légère douleur au niveau de l'appendice. Céphalée et rachialgie.

Examen: Abdomen ballonné. Douleur vive et sensibilité au point de Mac Burney. Le palper permet de circonscrire une masse du côté droit en avant du rein, masse qui se prolonge en bas jusqu'à la région appendiculaire. Un purgatif salin a permis d'obtenir des selles. Le malade est prostré et semble dans un état désespéré.

Il y a 20 ans, en travaillant dans une scierie, il a senti brusquement une douleur dans le ventre avec gonflement gazeux ; la crise dura une semaine.

Il y a 5 ans, pneumonie. Depuis, il ne se sent pas bien ; il a toujours dans la région de l'appendice une douleur plus ou moins forte, mais n'a jamais eu de crise ayant fait penser à une appendicite. Ces deux derniers mois, il a souffert, du côté du rein droit, d'une forte douleur. Appétit conservé. Pas de constipation, plutôt un peu de diarrhée. Ni tabagisme, ni alcoolisme. C'est un homme bien constitué, mais ses muscles sont ramollis ; taille 1 m. 72, poids 70 kilog. Rien d'anormal. Pas d'hyperesthésie cutanée.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Opéré à domicile. Pendant l'anesthésie, il émet beaucoup de gaz par l'anus. Incision au point de Mac Burney. Il s'écoule un peu de liquide jaune paille. Appendice sain. Le doigt introduit, perçoit la tumeur, mais ne peut pas en faire le tour. On prolonge l'incision en haut. Le cœcum adhère solidement à la paroi, et cette tumeur est maintenue entre le côlon ascendant, la paroi, et le cœcum adhérent en bas. On la libère, elle donne au doigt une sensation de crépitation. C'est une portion d'épiploon étranglée.

L'étranglement est dû à une torsion de six tours. Cette torsion est due évidemment aux mouvements péristaltiques du côlon ascendant et du côlon transverse. La masse étranglée est foncée et se serait sûrement gangrénée en peu de temps. Rien d'autre dans l'abdomen. Suture.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXXI

Kœhler, *Archiv, f. Klin. chir.*, 1918-19, CXI, 514.

(traduite et résumée par nos soins).

Femme, 27 ans.

Mère morte de pneumonie ; père hernieux ; pas d'autre hernie dans la famille.

Elle a eu, il y a un an, la syphilis^o et une blennorrhagie. Régulée depuis l'âge de 14 ans, régulièrement toutes les quatre semaines, pendant trois jours. Dernières règles, le 1^{er} février 1918.

Le 18 février, à 9 heures du matin, après avoir porté un lourd seau d'eau du côté droit, elle sent une douleur soudaine, aiguë, dans la partie droite inférieure de l'abdomen, douleur qui va en augmentant. Nausées; vomissement unique.

Examen: Température 36°5; pouls 108; langue humide, non chargée; cœur et poumons normaux. La région droite inférieure de l'abdomen paraît sensible à la pression, d'une dureté de bois. Le reste de l'abdomen est mou et indolore. Aucune tumeur perceptible. Examen génital négatif. Réaction de Bordet-Wassermann positive.

Diagnostic: Appendicite aiguë.

Le pouls monte à 120, la température à 38°, les douleurs augmentent, on décide de l'opérer.

, *Opération*: Laparotomie latérale droite par la gaine du grand droit. On ouvre le péritoine, bleu, transparent; il s'en écoule du sang liquide. Dans les parties déclives de la cavité abdominale se trouve une quantité considérable de vieux sang liquide, sans caillots. Appendice long, coudé, sans modification apparente; résection. En cherchant l'origine du sang, on constate que les deux trompes sont saines. Mais le grand épiploon est d'un bleu noir et tordu à gauche de deux tours complets, à 6 c/m audessous de son insertion colique; ses vaisseaux sont thrombosés. Résection à un travers de doigt sous le côlon transverse. Fermeture sans drainage.

Suites: Guérison en dix jours.

L'épiploon excisé présente une partie saine non enroulée, et une partie compacte tordue sous-jacente. La première présente les caractères normaux de l'épiploon. La seconde présente une torsion de 720 degrés, qui, détordue, se retord aussitôt. Veines volumineuses à parcours sinueux, thrombosées. Cette partie modifiée, mesure 10 c/m de long, et 4 c/m d'épaisseur; sa forme de saucisson est maintenue par la présence de minces fibres conjonctives entre les spirès; consistance rigide.

L'examen microscopique montre un tissu infiltré; autour des vaisseaux thrombosés, il y a des petites hémorragies.

OBSERVATION XXXII

Risley, *Boston méd. and surg. j.*, 1919, CLXXXI, 362.

(traduite et résumée par nos soins).

Homme, 38 ans.

Antécédents: Paludisme. Depuis deux semaines, il tousse et crache. Hier, nausées, sans vomissement, et douleur entre l'appendice et la vésicule biliaire, irradiée à tout l'abdomen. Selles normales, pas de fièvre. N'a pas eu à faire d'effort musculaire ces jours derniers.

Examen: Homme grand et bien musclé, qui ne semble pas souffrir, mais qui a des quintes de toux. A l'auscultation, quelques gros râles disséminés des deux côtés, ni matité, ni modification respiratoire. Température 37°1, pouls 80; abdomen non ballonné, souple, pas de défense musculaire, pas de tumeur, mais une légère douleur à la pression profonde juste au-dessus du point de Mac Burney. Toucher rectal négatif.

Diagnostic: Bronchite aiguë; appendicite possible.

Puis la température s'élève à 37°3, le nombre des leucocytes passe de 9.000 à 14.000. La douleur augmente un peu et le toucher rectal est douloureux. L'auscultation ne révèle que de la bronchite diffuse. On décide la laparotomie exploratrice sous anesthésie locale (novocaïne).

Opération: Pas de liquide, appendice normal comme volume, couleur et siège. On note l'absence de l'épiploon. En explorant l'abdomen, le doigt touche l'extrémité d'une masse du volume d'un citron dans la région vésiculaire. Pour plus de commodité, on continue à l'anesthésie générale. Deuxième incision haute par

la gaine du grand droit droit. Pas d'épiploon, mais odeur de gangrène. Une main introduite dans le ventre saisit une masse dure, arrondie, irrégulière, mobile, grosse comme un citron. On la sort. Elle apparaît formée d'épiploon enroulé en boule, par deux tours complets autour de son bord libre droit. Il est rouge, injecté, dur. La section montre son centre nécrosé. Ablation. Autres organes normaux. Le reste de l'épiploon est sain. Pas de signes de péritonite. Suture de la paroi sans drainage.

Guérison. Sorti 12 jours après.

Au bout de trois mois, il est encore bien portant, et a repris son travail.

OBSERVATION XXXIII

Erdmann, *Ann. of surg.*, 1921, LXXXIII, 252.

(traduite par nos soins).

Un garçon de 14 ans entre à l'hôpital le 18 octobre, suspect d'appendicite. Il se plaint de nausées, vomissements, douleurs abdominales dans la région lombaire et dans le flanc droit.

L'appendice flotte librement. L'exploration révèle une masse foncée dans la région vésiculaire. C'est la moitié droite du grand épiploon, tordue trois fois sur elle-même de droite à gauche, et nécrosée. Ablation de cette partie et de l'appendice qui contient du pus.

OBSERVATION XXXIV

Lefebvre (de Toulouse), *Bull. et m. soc. chir.*, Paris, 1923, XLIX, 175.

Le nommé R..., 55 ans, maréchal-ferrant, est admis d'urgence, le 2 novembre 1921.

Il s'agit d'accidents abdominaux dont le début remonte à deux jours; douleur abdominale droite violente et brusque, permanente depuis; constipation sans arrêt des gaz; nausées avec

vomissement unique le second jour; pouls régulier à 130; température 39°4; faciès bon et état général encore satisfaisant. Ballonnement modéré du ventre. Douleur à la palpation du flanc droit avec notable résistance, localisation un peu au-dessus du point de Mac Burney. Pas d'hyperesthésie cutanée. Pas d'immobilisation respiratoire. Pas de tuméfaction profonde, ni localisée; pas de plastron abdominal. Toucher rectal négatif. Tous les organes thoraciques normaux.

Diagnostic: Appendicite aiguë.

Opération d'urgence. Rachianesthésie à la novocaïne. Laparotomie latérale droite. Pas de liquide dans l'abdomen. Rien dans la fosse iliaque droite. Cœcum et appendice libres, non congestionnés. Au devant du côlon ascendant, à droite, puis vers la ligne médiane, on trouve une masse noirâtre très légèrement adhérente à l'intestin et à la paroi, de consistance presque cartonnée et très friable. C'est l'épiploon. En le suivant jusqu'à son insertion cœlique, on voit, à droite, qu'il présente une sorte de nœud, que l'on reconnaît être formé par une torsion d'un segment de l'épiploon autour de son attache cœlique. Cette torsion s'est faite dans le sens de la marche des aiguilles d'une montre, et la masse a subi trois tours complets. L'épiploon est divisé dans le sens de la hauteur par des incisures profondes, à droite et à gauche du segment volvulé, des portions saines de l'épiploon apparaissent et ne présentent aucune trace d'épiploïte aiguë ou chronique. Résection du segment nécrosé sous une ligature. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Pendant 48 heures, suites normales. Le troisième jour, accidents de broncho-pneumonie et mort au sixième jour. L'autopsie a montré l'existence de lésions typiques de broncho-pneumonie. L'appendice examiné au laboratoire est sain.

OBSERVATION XXXV

D'Allaines et Rouffiac, *Bull. et mém. soc. anat.*, Paris, 1923, XCIII, 327.

Femme, ménagère, 51 ans, entrée le 15 novembre 1919, pour des douleurs dans le ventre. Début il y a huit jours par des

douleurs généralisées dans tout l'abdomen, puis localisées dès le lendemain à droite de l'ombilic et dans la fosse iliaque du même côté. Début brusque sans point de côté, sans vomissements, léger ballonnement du ventre, constipation, perte de l'appétit, quelques syncopes, pas de fièvre. La malade n'a jamais souffert du ventre et n'a jamais eu antérieurement de crises analogues.

Examen: L'abdomen un peu ballonné, légère défense musculaire plus marquée à droite. Masse dans la fosse iliaque droite, ne se déplaçant pas par les changements de position. Toucher vaginal: masse droite, élevée, paraissant fixée sur le fond de l'utérus, peu mobile, s'étendant et dépassant la fosse iliaque droite.

Diagnostic porté: Salpingite droite, ou kyste de l'ovaire ayant subi un début de torsion. Rien dans les antécédents ne permettait de serrer davantage le diagnostic, la malade avait toujours été bien portante, réglée à 14 ans, régulièrement, fausse couche à 25 ans.

Opération le 17 novembre. Laparotomie médiane sous-ombilicale, on constate immédiatement que le grand épiploon aggloméré en une tumeur grosse comme le poing, est étendu de son insertion à la fosse iliaque droite; le pédicule, situé à deux travers de doigt au-dessous du côlon transverse, est tordu sur lui-même. Un examen plus attentif montre un pédicule inférieur qui s'attache au niveau du pavillon de la trompe droite qui paraît saine. Résection de l'épiploon en haut, section du pédicule inférieur. Fermeture du ventre.

Guérison simple et sans incidents.

Examen de la pièce: Tumeur allongée, bosselée, de 12 c/m de hauteur à partir du pédicule, de 8 c/m de large, de 5 c/m d'épaisseur. Le pédicule est large de deux travers de doigt environ, constitué par deux bourrelets résultant d'une torsion de deux tours dans le sens des aiguilles d'une montre. A la coupe, la masse est compacte, lardacée, laisse écouler une sérosité sanglante, et présente en certains points des zones hémorragiques. Aucune lésion apparente de gangrène ou de sphacèle; au niveau

du pédicule, les plis de torsion ne présentent aucune adhérence serrée.

Examen microscopique d'un fragment : Les zones occupées par les lobules graisseux sont circonscrits par des travées fibreuses plus ou moins épaisses, dans lesquelles se trouvent des vaisseaux très nombreux, artères à parois très épaissies, veines très dilatées, arrondies, gorgées de sang; les vaisseaux de plus petite taille présentent les mêmes caractères, les capillaires dilatés constituent des régions d'aspect augiomateux et ont par place éclaté, déterminant des hémorragies diffuses qui ont envahi les zones graisseuses. On trouve en certains points des zones inflammatoires autour des petits vaisseaux, mais ces nodules inflammatoires à lymphocytes ou mononucléaires, sont très peu nombreux et étendus. En aucun point il n'existe de vaisseaux oblitérés.

OBSERVATION XXXVI

Meiver, *Boston m. and s. j.*, 1923, CLXXXVIII, 65,

(traduite par nos soins).

Jeune homme, 28 ans.

Entre pour appendicite. Antécédents : rougeôle dans son jeune âge; ni autre maladie, ni accident.

Il y a quatre jours, le malade sent une douleur à l'épigastre, soulagée par l'ingestion de bicarbonate de soude. Le lendemain, la douleur le reprend et il commence à souffrir au niveau de l'ombilic, douleur assez forte pour l'obliger à marcher courbé, aiguë, en coup de couteau, sans irradiations. Ni nausées, ni vomissements. Il reste couché jusqu'à aujourd'hui. Il a été à la selle ce matin avec une purgation.

Examen : Bien développé, il repose tranquillement et ne semble pas beaucoup souffrir. Examen général négatif, sauf pour

l'abdomen qui se présente assez ballonné et immobile pendant les mouvements respiratoires. Un peu de défense musculaire de tout l'abdomen, mais surtout du côté droit, où se trouve une zone très sensible. Cette zone ne varie pas pendant les inspirations profondes. On ne trouve pas de tumeur, mais la palpation est rendue difficile par le ballonnement et la sensibilité. Température 38°9, pouls 128, respiration 28. Numération leucocytaire 13.800. Urine normale.

Diagnostic : Appendicite aiguë. L'histoire semble le corroborer; la douleur est cependant située plus haut que le point de Mac Burney; mais on peut avoir affaire à un appendice en position haute; la douleur est trop basse pour être celle d'une cholécystite, et pourtant on n'écarte pas entièrement ce diagnostic.

Opération : Incision à droite sur la gaine du grand droit, susceptible d'être prolongée en haut ou en bas, selon le cas. A l'ouverture du péritoine, on voit une zone d'épiploon nécrosé située à droite de l'incision. On l'extraît au moyen de compresses et on libère facilement l'épiploon. La partie gangrénée mesure 7 à 10 c/m. A sa base, une torsion a supprimé la circulation sanguine. Le reste de l'épiploon était normal. Le péritoine pariétal situé au contact de l'épiploon présente de l'inflammation; il est pointillé de rouge, mais sans adhérences. Appendice, vésicule biliaire, estomac, normaux. Résection de la portion gangrénée et fermeture du ventre. Convalescence sans incidents, sauf du ballonnement pendant quelques jours. Sorti le treizième jour. Deux mois plus tard, il se porte encore bien et son examen physique est négatif.

OBSERVATION XXXVII

Docteur Lefebvre (de Bordeaux), inédite.

Homme, 29 ans, employé de tramway.

Entre à l'hôpital le 27 octobre 1923, pour une affection abdominale.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants, en bonne santé. Trois frères et une sœur en vie, bien portants. Deux frères tués à la guerre. Marié, sa femme est en bonne santé; pas d'enfant.

Antécédents personnels : Aucune maladie jusqu'en 1914. En décembre 1914, le malade étant au front a été atteint de rhumatisme articulaire aigu, avec diverses articulations prises, fièvre, etc; il est hospitalisé pendant six mois.

En 1918, atteint par des gaz asphyxiants; hospitalisé du 1^{er} au 22 octobre.

En 1922, crise d'asthme. Ce malade est habituellement essoufflé dès qu'il fait un effort assez considérable.

Il présente, en outre, depuis 1918, de fréquentes coliques qui le prennent en général au milieu de la nuit et s'accompagnent souvent de vomissements alimentaires.

Il souffre aussi de l'estomac; sensation de brûlure au creux épigastrique survenant environ deux heures après le repas et qui est calmée instantanément par l'ingestion d'aliments.

L'appétit est conservé. Pas d'amaigrissement notable.

Le lundi 22 octobre 1923, le malade a commencé à souffrir de la fosse iliaque droite. Il a été obligé de cesser son travail. Il prend deux purgations (une le lundi et une autre le mardi). Il a continué à souffrir et a fait appeler son médecin qui a ordonné de la glace. Celle-ci a provoqué un peu d'amélioration.

Le samedi, son médecin a conseillé l'hospitalisation.

Température 37°. Pouls 80.

Le 28 octobre à l'examen clinique, on constate que la fosse iliaque droite est indolore, et que le maximum de la douleur siège au niveau de la région vésiculaire, et l'on a plutôt tendance à poser le diagnostic de cholécystite. On n'a noté ni hernie, ni tumeur, ni signes physiques. Le dosage de la cholestérine dans le sérum donne 1 gr. 25 par litre (1). L'analyse d'urines ne révèle rien d'anormal. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

(1) Le taux normal de la cholestérinémie est de 1 gr. 60 par litre.

Mais, trois jours après, le malade fait une nouvelle crise douloureuse à siège nettement au niveau de la fosse iliaque droite, qui fait porter le diagnostic d'appendicite. La température est restée normale. Pouls 80.

Opération, le 9 novembre 1923. Anesthésie au chloroforme. Incision sur le bord externe du droit. On trouve un appendice non enflammé, non adhérent, très long. Vers le haut, on prolonge l'incision, et à la palpation on a la sensation d'une vésicule piriforme de consistance dure. A première vue, les lésions découvertes, on pense qu'il s'agit d'une vésicule recouverte d'épiploon. Mais on se rend compte que le foie est beaucoup plus haut, et cette masse grisâtre du volume d'une prune d'ente est formée par la partie droite du grand épiploon tordue sur elle-même, et adhérente à la face inférieure du mésocôlon transverse, de telle sorte que le côlon est étranglé à ce niveau. Ablation de la masse, section de la bride inférieure qui rétrécissait le côlon transverse.

Guérison sans incidents.

Examen histologique : Les fragments d'épiploon examinés, présentent les caractéristiques suivantes : L'ensemble du tissu est adipeux, traversé par des bandes plus ou moins fines de tissu conjonctif fibreux. De-ci de-là, nappe de globules rouges dont l'étendue est hors de proportion avec la paroi qui les limite : petites hémorragies récentes. En un point des coupes, un nid de cellules de la lignée conjonctive à différents stades de leur évolution, infiltré de leucocytes polynucléés neutrophiles et de plasmocytes, indiqué une évolution inflammatoire subaiguë.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons à étudier successivement la tumeur épiploïque sous-jacente à la torsion, son pédicule, et l'état des organes voisins.

I. — La tumeur épiploïque.

Elle provient presque toujours du grand épiploon, épiploon gastro-côlique. Dans un seul cas (Hartwell, observ. XXVIII), elle provenait du petit épiploon, épiploon gastro-hépatique.

La torsion peut intéresser la totalité de l'épiploon. Mais souvent aussi, elle n'en intéresse qu'une portion. On sait la fréquence des épiploons dentelés, frangés, découpés plus ou moins profondément, fenêtrés, fréquence telle qu'on ne les considère même pas comme des malformations, mais comme de simples variétés anatomiques. « La division en plusieurs tabliers juxtaposés dans le plan frontal ou superposés dans le plan antéro-postérieur est une disposition anatomique très banale. La torsion d'un de ces tabliers peut donc se présenter à l'état isolé, les tabliers voisins restant sains. » (Descomps). Dans ces cas de torsion partielle, il s'agit presque toujours d'une portion voisine du bord libre droit du grand épiploon (Markoe, Risley, Lefebvre, de Bordeaux), entre l'angle côlique droit (Cullen) et l'angle inférieur droit (Stewart). Nulle part on ne trouve de torsion partielle du bord gauche.

Les torsions partielles semblent être un peu plus fré-

quentes que les torsions totales : 19 partielles et 14 totales. La différence est peu sensible.

Dans les 37 observations rapportées, la partie tordue a été trouvée : 4 fois sur la ligne médiane ou à son voisinage immédiat, 29 fois dans la moitié droite de l'abdomen, 4 fois son siège n'est pas précisé.

Habituellement elle est située assez bas, dans la fosse iliaque ; mais dans quelques cas, elle siège sous le foie, et même Riedel (obs. XI), l'a trouvée entre le foie et le diaphragme.

Dans la plupart des cas, l'épiploon gastro-côlique a donc conservé son siège rétro-pariétal. Mais il possède une tendance remarquable à toujours se porter vers la moitié droite de l'abdomen.

Unique très souvent, elle a été trouvée double par Riedel (obs. X), et par Kothe, triple par Tuffier. Dans ces cas de tumeurs multiples, les portions qui ont subi la rotation sont réunies par des portions pédiculées également tordues.

Leur forme est généralement décrite comme arrondie, allongée. Elles présentent un léger aplatissement dans le sens antéro-postérieur ainsi qu'en font foi les mensurations des pièces, toutes les fois qu'elles ont été faites. Köhler compare celle qu'il a extirpée, à un saucisson ; Hanley en a trouvé une rectangulaire.

Les dimensions en sont variables depuis le volume d'une prune d'ente (Lefebvre, de Bordeaux), d'une figue (Baldwin), jusqu'aux dimensions énormes rapportées par Eitel, Simon, Hanley, qui atteignent 15 et 18 centimètres dans le sens le plus long.

Leur surface est lisse ou bosselée (Markoe, D'Allaines et Rouffiac).

Leur consistance est variable, habituellement dure (Risley, Köhler). Lefebvre, de Toulouse, signale qu'elle est friable. Kelley Hale y trouve une sensation de crépitation. Stewart seul, leur trouve une consistance spongieuse.

L'odeur n'est mentionnée que par Risley, dont elle a attiré l'attention ; c'était, dit-il, une odeur de gangrène.

La couleur en est foncée, rougeâtre, bleuâtre, presque noire. Elle présente aussi quelquefois des endroits verdâtres, gangrénés. Cette couleur rougeâtre est due à la congestion de la tumeur et aux petites hémorragies qui s'y produisent ; c'est une teinte hémorragique, ecchymotique, purpurique. La surface est parcourue par de grosses veines gorgées de sang, sinueuses (Eitel, Köhler). A un degré de plus, la circulation veineuse étant totalement interrompue, les veines s'altèrent, on y observe des thromboses. Un degré de plus encore, et la masse entière se gangrène, d'où la couleur verdâtre.

L'étude histologique de la tumeur vient confirmer les résultats de l'observation macroscopique. Elle montre que son tissu épiploïque, normalement constitué par ses travées fibreuses et ses lobules graisseux, est plus ou moins modifié suivant le degré de la striction. Les veines sont dilatées, les artères épaissies, les capillaires ont l'aspect angiomateux ; les veines sont thrombosées ; de petites hémorragies sont visibles dans le tissu conjonctif périvasculaire et jusqu'aux lobules adipeux. A ces lésions vasculaires s'ajoutent des lésions inflammatoires ; le sang des vaisseaux contient plus de leucocytes qu'à l'état normal ; en outre, il existe au sein du tissu des îlots de leucocytes, polynucléés et mononucléés, traduisant des lésions inflammatoires subaiguës. Ces lésions n'ont rien de spécial ; elles sont les mêmes dans tous les organes dont le pédicule a subi une torsion.

La tumeur est entièrement formée de tissu épiploïque, sauf dans les cas de Broca et de Tuffier, où elle contenait des kystes hydatiques.

L'épiploon tordu est libre quelquefois (Kothe, Markoe). Plus souvent il a contracté avec les organes voisins des adhérences récentes, faciles à dissocier lors de l'intervention. Enfin, citons les cas où il adhère plus fortement, par

suite d'un processus plus ancien, trois fois au pavillon de la trompe droite (Noble, Füller, D'Allaines et Rouffiac), deux fois au sommet d'un kyste de l'ovaire droit (Payr, Frédérick), une fois à la paroi abdominale antérieure (Eliot).

La présence de ces adhérences anciennes est très importante à noter, car elles ont été considérées comme nécessaires à la production de la torsion. D'Allaines et Rouffiac écrivaient encore en 1923: « Il faut, en effet, se rappeler qu'il y a toujours deux foyers de torsion (Piquet, *Soc. anat.*, juillet 1910), et on ne peut citer qu'un seul cas où l'épiploon s'est tordu sans adhérences (Kothe). » De notre série d'observations, il ressort qu'au contraire la présence de deux points fixes est une exception.

II. — Le pédicule.

Il ne présente ordinairement qu'une seule zone d'étranglement. Pourtant, il peut en avoir deux (Riedel, Kothe), et même trois (Broca).

Sa forme se ramène à deux types: un type rectiligne, habituel; et un type spiralé (Schönholzer, Riedel, obs. X).

Ses dimensions ont été notées plusieurs fois; les plus petits sont gros comme un crayon; les plus gros ont la largeur même de la tumeur. Leur longueur ne dépasse pas 5 centimètres.

Quand les bourrelets, dûs à la torsion, sont assez rapprochés, ils sont rapidement unis ensemble par des adhérences (Köhler, D'Allaines et Rouffiac).

Le nombre de tours de spires que peut effectuer l'épiploon peut aller de un à huit (Baldwin).

Le sens de la torsion n'est pas toujours noté. Nous avons comparé le dessin D'Allaines et Rouffiac, avec leur description anatomique, et nous avons constaté que le sens dit: « de la marche des aiguilles d'une montre », corres-

pond à une rotation de l'épiploon, telle que son bord droit devient antérieur, puis gauche, pendant que son bord gauche devient postérieur, puis droit. C'est cette rotation qui est désignée par les observateurs sous le terme de rotation « de droite à gauche », ou simplement « rotation à gauche » ; le dessin de Köhler nous fixe sur ce point. Ceci étant, les descriptions anatomiques, et les dessins de Riedel, Tuffier, et Kothe, nous montrent que le mouvement de torsion s'est effectué dix fois à gauche (Broca, Simon, Riedel (X), Balduin, Mathews, Köhler, Erdmann, Lefebvre, de Toulouse, D'Allaines et Rouffiac, Kothe), et trois fois seulement à droite (Tuffier, Skeel, Schoenholzer).

La torsion peut être plus ou moins serrée.

Ayant essayé de détordre le pédicule, Skeel et Köhler ont constaté qu'il présentait assez d'élasticité pour se tordre à nouveau.

Le pédicule s'insère en haut sur du tissu épiploïque normal, si la torsion est partielle. Si, au contraire, elle est totale, son insertion se fait sur le côlon transverse. Celui-ci, tiraillé, peut prendre la forme d'un M (Schoenholzer), subir un début de torsion (Eliot), un rétrécissement (Lefebvre, de Bordeaux), peut-être même une occlusion totale ; les malades de Frédérick et de Gmeiner présentaient effectivement des signes d'occlusion intestinale.

III. — Etat des organes voisins.

Le plan musculaire de la paroi est infiltré de sérosité (Noble, Kothe).

La cavité péritonéale présente une certaine quantité d'un liquide séreux, séro-sanglant, ou sanglant. Le sang y est coagulé (Eliot), ou non (Köhler). Rappelons que le malade de Eitel avait de l'ascite bien avant la torsion.

La formation d'adhérences rapides entre les divers or-

ganes voisins de l'épiploon, traduit la réaction de défense du péritoine.

Aucune recherche bactériologique n'a été faite sur la nature de cette réaction péritonéale. Mais les recherches de Morax et de Hartmann (Congrès de Chirurgie, 1895), faites à propos de cette réaction consécutive à la torsion d'autres organes abdominaux, ont montré qu'il s'agissait de péritonite aseptique. Il en est probablement de même ici.

L'état de l'appendice est très variable. Erdmann et Scudder en ont trouvé contenant du pus. D'autres, extirpés, se sont montrés entièrement sains, même à l'examen histologique (Lefebvre, de Toulouse). La plupart ne paraissent pas très malades.

Le cœcum est toujours normal.

Les annexes sont saines dans les cas où on les a examinées.

ETIOLOGIE

Fréquence. — La torsion de l'épiploon sans hernie est une affection extrêmement rare, puisque nous n'avons pu en réunir que trente-sept observations publiées.

Sexe. — Nous notons vingt hommes et seize femmes. Il y a donc une légère prédominance du sexe masculin (55 %) sur le sexe féminin (45 %). La proportion n'est plus du tout la même que dans les cas avec hernie pour lesquels Corner et Pinches donnent la proportion de 3/4 hommes pour 1/4 femmes.

Age. — Le cas le plus précoce est celui de Broca, chez un garçon de 4 ans 1/2. Le plus tardif a été rapporté par Kelley Hale; il est relatif à un homme de 66 ans. Mais entre ces deux limites extrêmes, la fréquence est inégale avec l'âge. Nous comptons :

de 0 à 10 ans...	1 fois :	1 homme.
de 10 à 20 ans...	2 fois :	1 homme, 1 femme.
de 20 à 30 ans...	10 fois :	6 hommes, 4 femmes.
de 30 à 40 ans...	6 fois :	3 hommes, 3 femmes.
de 40 à 50 ans...	6 fois :	4 hommes, 2 femmes.
de 50 à 60 ans...	8 fois :	4 hommes, 4 femmes.
Après 60 ans...	1 fois :	1 homme.

Il y a donc prédominance pendant l'âge moyen de la vie, avec un premier maximum entre 20 et 30 ans, et un second entre 50 et 60 ans.

Corpulence. — Elle est souvent notable : Eitel note 88 kilog. ; les deux cas de Ill sont des hommes de plus de 90 kilog. ; Füller décrit sa malade comme très forte et Gmeiner comme obèse. Peut-être une surcharge graisseuse de l'épiloön favorise-t-elle la production de la torsion.

Profession. — Il s'agit de gens se livrant habituellement à un travail pénible : deux chauffeurs, un mineur, un maréchal-ferrant ; d'autres sont exposés à des trépidations répétées : camionneur, employé de tramway, contrôleur de chemin de fer.

Hérédité. — Elle ne semble jouer aucun rôle.

Rôle des traumatismes. — Une chute est parfois signalée au début des accidents (Syme, Hanley (XIV), Gmeiner). Un effort est noté par Cullen (Expulsion d'un voyageur), Hanley, Ill (Exercices d'équitation), Markoe, Köhler. Cette fréquente apparition à la suite de faits accidentels, soulève une question médico-légale importante : la torsion de l'épiloön peut-elle être considérée comme un accident du travail ? Faute d'une documentation plus complète, nous croyons devoir répondre par l'affirmative, car si l'accident ne suffit pas à produire la torsion, il est noté assez souvent pour qu'on en fasse état.

Rôle des maladies antérieures. — On trouve dans les antécédents : deux fois des kystes de l'ovaire (Payr, Frédérick), deux fois des kystes hydatiques (Broca, Tuffier), deux fois la blennorrhagie chez la femme (Noble, Köhler), la syphilis, le paludisme, la bronchite aiguë (Risley). L'appendicite est plusieurs fois notée, généralement peu marquée. L'avortement est cité par Riedel (X). La malade de Markoe avait subi l'appendicectomie, la néphropexie et l'hystéropexie. Plusieurs observateurs rapportent

que leur malade était sujet à des crises fréquentes de coliques depuis longtemps (Payr, Noble, Skeel, Füller, Lefebvre, de Bordeaux).

A noter encore que plusieurs fois le début des accidents est consécutif à l'emploi de purgatifs (Kothe, Markoe, Kelley Hale, Mciver, Lefebvre, de Bordeaux).

PATHOGENIE

« Elle ne paraît pas avoir une très grande importance, puisqu'elle n'a aucun intérêt, au point de vue ni de la thérapeutique, ni de la prévention des accidents. » (Bazy) (1).

Il nous semble que la pathogénie des torsions de l'épiploon sans hernie mérite d'être étudiée cependant, ne serait-ce que dans un but spéculatif.

Plusieurs théories ont été formulées, pour donner l'explication de ces torsions avec ou sans hernie :

Jaboulay (2), considère que l'épiploon a une tendance naturelle à s'enrouler.

Bazy (2), attribue un rôle important au péristaltisme intestinal.

Payr (2), ayant pratiqué expérimentalement la ligature partielle de l'épiploon huit fois, a obtenu quatre fois l'omento-volvulus ; la cause première serait une stase veineuse dans l'épiploon.

Mais aucune de ces théories ne fait saisir la cause véritable et le mécanisme de la torsion. « Je vous avoue, dit Lucas-Championnière (1), que quelque ingéniosité que l'on ait développée pour donner l'explication de leur formation, je n'en connais aucune qui soit satisfaisante. »

Examinons à notre tour les observations que nous possédons :

Deux fois la torsion de l'épiploon a été la conséquence de la torsion d'un kyste de l'ovaire auquel il adhéraît (Payr,

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1907, XXXIII, 192.

(2) in Aimes, *Progrès médical*, Paris, 1919, XXXIV, 425.

Frédéric). Alors la pathogénie est celle de la torsion du kyste ; la torsion de l'épiploon n'en est qu'un épiphénomène.

Deux fois aussi, l'épiploon était bien le seul organe tordu, mais sa torsion est liée à la présence dans cet organe de kystes hydatiques (Broca, Tuffier). On peut concevoir dans ces cas qu'il se produise des mouvements de bascule aboutissant à la torsion.

Ces quatre cas mis à part, il nous reste un groupe de faits où la torsion est spontanée, primitive, où du moins elle paraît telle. « Mais, dit Aimes, existe-t-il des torsions primitives ? Certains les nient, et Riedel les considère comme consécutives à de vieilles hernies intra-funiculaires dans lesquelles l'épiploon s'est libéré. Lejars donne à l'épiploon le droit de se tordre comme les autres organes abdominaux, mais s'il trouve une cause d'inflammation. Shoenholzer met en cause l'appendicite chronique qui donne de l'épiploïte, l'épiploon infiltré et épaissi, tire sur son attache côlique et se pédiculise. Il s'étonne même que la torsion ne soit pas plus fréquente étant donné le nombre des appendicites chroniques. »

Barboni n'admet pas de torsion de l'épiploon sans épiploïte préalable due à une tumeur, une annexite, une appendicite, etc. Mais Köhler fait remarquer la fréquence des lésions appendiculaires même accompagnées d'épiploïte et la rareté des torsions de l'épiploon. Il s'y ajoute encore de fréquentes lésions annexielles chez la femme, chez laquelle justement la torsion est plus rare que chez l'homme.

Lejars fait remarquer qu'il y a, le plus souvent, deux points fixes, l'un constitué par l'insertion normale de l'épiploon au côlon transverse, l'autre par une solide adhérence inférieure. Entre ces deux points fixes, il se balance, selon Bookman (1), à la manière d'un hamac, et s'il se tord autour de ses deux points fixes, il ne peut plus se détordre.

(1) Cité par Block et Darmstadter.

Mais nous avons vu la rareté relative de ce deuxième pédicule inférieur : car nous ne pouvons pas considérer comme tel ces zones d'adhérences peu denses, qui se sont faites après la torsion. La torsion s'accomplit donc sur un épiploon libre. D'ailleurs, s'il y a deux points fixes, la torsion de l'épiploon doit avoir plus de peine à se faire, puisqu'elle nécessite une torsion autour de chacun d'eux, et, comme le dit Lucas-Championnière, si on ne comprend déjà pas le mécanisme pour une torsion, on le comprend encore moins pour deux.

Risley pense que, dans le cas qu'il rapporte, un infarctus pulmonaire méconnu a pu donner naissance à une embolie qui s'est logée dans l'épiploon, y causant des troubles circulatoires suivis de la torsion.

Simon rattache la torsion à une hypertrophie locale de l'épiploon causée par des petites contusions répétées au cours du travail.

Eitel pense que le fait de porter une caisse contre le ventre a pu produire, par l'action directe de la pression, la rotation de l'épiploon. Après un déroulement opératoire pur et simple, le malade a repris son travail avec une brouette, et la torsion n'a pas récidivé. Mais, ajoutons aussi que son ascite, dont la présence devait faciliter la torsion, n'a pas non plus reparu.

Comment donc allons-nous expliquer ces torsions primitives ?

Descomps considère deux éléments comme nécessaires : la pédiculisation et la mobilisation. Nous en ajouterons un troisième : la fixation.

La pédiculisation existe souvent avant la torsion ; mais elle n'est pas nécessaire, tel le cas de Köhler où l'épiploon s'est enroulé sur lui-même, le saucisson ainsi formé appendu au reste de l'épiploon qui a pris la forme d'un éventail.

La mobilisation est l'élément pathogénique indispensable.

Les expériences de Milian et Ricoux (1), montrent que l'épiploon ne pend pas comme disent les anatomistes, mais qu'il est animé de mouvements incessants, mouvements qui ont pour effet de balayer le péritoine, d'englober les corps étrangers qu'on peut y introduire expérimentalement (Milian et Ricoux), les projectiles de guerre (2), les bactéries, etc., qu'il digère ou enkyste ultérieurement. Il y aurait même une sorte de chimiotaxie de l'épiploon, comme il y a une chimiotaxie du leucocyte.

Mais on sait que l'épiploon ne contient pas de fibres musculaires. Comment peut-il donc se mouvoir ? Par des mouvements de reptation protoplasmique, sorte de diapédèse en masse de l'épiploon ? Rien ne vient appuyer cette hypothèse. C'est donc qu'il ne jouit que d'une mobilité d'emprunt ; s'il se meut, c'est poussé par les mouvements du diaphragme, de la paroi abdominale, de l'intestin. Les expériences de Heger (3), mettent en évidence le rôle du diaphragme, mais laissent dans l'ombre celui de l'intestin.

Personnellement, nous n'hésitons pas à attribuer au péristaltisme intestinal le rôle principal dans la production des mouvements de torsion de l'épiploon. Comment les mouvements péristaltiques peuvent-ils produire la torsion ? A première vue, il semble que ce péristaltisme soit incapable de produire sur l'épiploon des petits mouvements répétés de rotation toujours dans le même sens ; car, si une impulsion est communiquée à l'épiploon par une anse intestinale, elle doit être neutralisée aussitôt par une impulsion inverse de l'anse suivante. Nous allons voir qu'il n'en est rien.

En effet, les ondes péristaltiques partent de l'angle duodéno-jéjunal et aboutissent au cæcum, quelles que soient les sinuosités de l'intestin entre ces deux points. Leur résultante est donc un mouvement général dirigé, comme l'insertion même du mésentère, de haut en bas et de gauche

(1) Milian, La mobilité défensive de l'Épiploon, *Gaz. des Hôp.*, 1^{er} Juillet 1899.

(2) Walther, Quénu, *Soc. chirurgie.*, 1915, 1916.

(3) Cité par Aimes.

à droite. La composante verticale de ce mouvement a donc tendance à porter l'épiploon vers le bas, pendant que sa composante horizontale tend à le porter vers la droite. Mais la face postérieure de l'épiploon, celle qui est au contact des anses grêles, subit seule cette impulsion à droite ; le bord libre gauche vient alors se placer devant l'intestin grêle, il subit à son tour cette impulsion qui le porte à droite en passant en arrière de la masse épiploïque. Son bord gauche devient donc postérieur, puis droit ; pendant que son bord droit devient antérieur, puis gauche. Ainsi est réalisée la rotation « à gauche », telle que nous l'avons définie. Rappelons ici que c'est celle qui a été notée dix fois, tandis que la rotation inverse n'a été notée que trois fois. Nous croyons utile de préciser que dans les cas de Riedel, Kothe et Broca, qui présentaient des torsions dans les deux sens, nous avons considéré comme sens de la torsion celui du plus grand nombre de tours. En effet, le même mécanisme, agissant une première fois sur toute la hauteur de l'épiploon, et une seconde fois sur la moitié supérieure seule, reproduit la double tumeur avec ses deux torsions, de sens opposé.

Ces considérations expliquent en même temps le sens presque constant de la rotation de l'épiploon, son transport en masse vers la moitié droite de l'abdomen, la production de la torsion chez des malades sujets à des coliques fréquentes, son apparition ou son exagération après l'emploi des purgatifs.

Une fois la torsion commencée, elle se continue par le même mécanisme, jusqu'au moment où la striction est assez prononcée pour produire des altérations vasculaires, des lésions inflammatoires, des adhérences, et pour se manifester cliniquement.

Cette succession des phénomènes peut être plus ou moins rapide. L'histoire de la maladie de Riedel (obs. X), nous montre que la torsion commencée peut rester méconnue pendant 1 an 1/2, jusqu'au jour où, une seconde torsion

venant s'y'ajouter, la striction plus serrée produit les phénomènes cliniques constatés.

La fixation de l'épiploon tordu se produit par les adhérences entre la masse épiploïque et les organes voisins, et entre les diverses spires du pédicule. L'alourdissement dû à la congestion doit contribuer aussi à immobiliser la tumeur ainsi formée.

Mais, si le mécanisme de la torsion peut être ainsi éclairci, nous ne connaissons pas du tout la cause pour laquelle cette torsion se produit chez certains individus plutôt que chez d'autres.

SYMPTOMES

Le symptôme le plus constant et le plus précoce est la douleur.

Elle apparaît brusquement à la suite d'un effort, d'un exercice violent ; ou bien, au contraire, elle s'installe progressivement, avec des périodes de calme, précédant de longtemps les accidents aigus, puis subit tout à coup une recrudescence qui décide le malade à consulter.

Elle est souvent très violente.

Son siège est toujours à droite, fréquemment au point de Mac Burney, plus rarement dans la région de la vésicule biliaire. Dans un cas (Lefebvre, de Bordeaux), le siège d'abord vésiculaire s'est ensuite abaissé pour devenir appendiculaire.

On ne signale pas d'irradiations spéciales.

Elle s'accompagne de défense musculaire de la paroi.

On ne trouve ordinairement pas d'hyperesthésie cutanée.

Le début est souvent marqué aussi par des nausées et des vomissements ordinairement peu persistants, et qui d'ailleurs ne sont pas constants.

La constipation est notée quelquefois ; la diarrhée également.

L'inspection de l'abdomen montre du ballonnement. La tumeur n'y est pas visible.

La palpation est souvent gênée par la sensibilité et la défense musculaire de la paroi. Dans un certain nombre de cas favorables, elle permet de sentir une tumeur siégeant dans la moitié droite de l'abdomen, assez mobile, molle et pâteuse ou fluctuante, plus ou moins dépressible,

douloureuse. Son apparition a été brusque. Mais quelquefois aussi on ne trouve rien, ni défense musculaire, ni tumeur.

La percussion donne souvent une zone de matité, qui peut s'étendre à toute la moitié droite de l'abdomen.

Le toucher rectal et vaginal ont quelquefois confirmé l'existence de la tumeur (Simon, Riedel, obs. X).

L'aménorrhée est notée par Balduin.

La fièvre est en général modérée ; la température varie entre 37°5 et 38°5 ; le pouls entre 100 et 120, rarement 130.

La conservation d'un assez bon état général est tout à fait remarquable à noter, en présence des signes douloureux aussi intenses. Dans quelques cas seulement, le faciès devient anxieux, prend le type péritonéal.

Somme toute, comme le fait remarquer Morestin (1) : « Les phénomènes cliniques par lesquels se traduisent les torsions épiploïques sont absolument identiques à ceux qui sont décrits sous le nom d'épiploïtes.. »

La numération des leucocytes dans le sang a été faite dix fois. Elle montre une hyperleucocytose, puisque de 6 à 8.000, chiffre normal, leur nombre s'élève à 10.000 (Hartwell), 13.800 (Mciver), 14.000 (Risley), 16.000 (Hanley), 17.600 (Cullen), 18.800 (Markoe), 19.000 (Kothe).

Trois fois seulement leur nombre a été à peu près normal, quoique plutôt élevé : 8.000 (Hanley), 8.375 (Eliot), et 6.200 (Ross).

La proportion des polynucléaires est légèrement augmentée 75 ou 76 % de polynucléaires (Eliot, Hartwell), au lieu de 67 %, et 72 % de neutrophiles (Markoe), au lieu de 65 %.

Comment expliquer que la torsion produise ces symptômes ?

Il est vraisemblable que la douleur est due à la striction des filets nerveux de l'épiploon au niveau de la tor-

(1) Soc. anat., Paris, 1904.

sion. Cependant Block et Darmstadter considèrent comme « probable que la traction de l'épiploon sur l'estomac et le côlon transverse est un facteur important de la symptomatologie. »

Le siège de la douleur correspond au siège de la tumeur. Dans le cas du Docteur Lefebvre (de Bordeaux), il a été trouvé variable en hauteur, d'un jour à l'autre. Sans doute, le côlon, d'abord gonflé par des gaz, élevait la portion tordue jusqu'au voisinage de la vésicule biliaire, tandis que plus tard, affaissé et flasque, il la laissait descendre plus bas, jusqu'à la région appendiculaire.

Fièvre, symptômes généraux, nausées et vomissements, sont les principales manifestations du syndrome dit : « abdomino-péritonéal », syndrome dû, selon l'expression de Descomps, à un « groupement de réactions du sympathique abdominal et du plexus solaire », réactions d'origine sympathique, centrale, médullaire et surtout bulbaire.

L'hyperpolynucléose qui accompagne les torsions, traduit une réaction inflammatoire générale. Qu'on ne nous objecte pas que cette leucocytose est due à des lésions d'appendicite concomitantes, car dans tous les cas, l'appendice a été trouvé sain ou trop peu modifié pour justifier une telle réaction leucocytaire. D'ailleurs Markoe l'a notée chez sa malade qui avait subi l'appendicectomie, quatre ans avant. Dans le cas de Risley, elle passe en quelques jours de 9.000 à 14.000, l'appendice qui paraît sain n'est même pas réséqué, et le malade guérit. Voilà qui prouve que l'appendice ne peut pas être mis en cause.

Complications.

Elles sont rares.

Signalons le rétrécissement du côlon transverse (Lefebvre, de Bordeaux). L'étranglement absolu de même que le vol-

vulus du côlon ou de l'intestin grêle, n'ont jamais été observés.

La rupture du pédicule avec hémorragie interne n'a pas non plus été relevée.

La péritonite reste habituellement aseptique. Aucun des malades n'a fait d'accidents de péritonite septique, malgré la proximité d'un intestin qui participe au processus inflammatoire de l'épiploon.

Les suites opératoires se sont compliquées deux fois de suppuration localisée. Une fois le malade eut une crise de delirium.

Une fois enfin (Lefebvre, de Toulouse), l'opéré présente des accidents de broncho-pneumonie qu'on ne peut pas imputer à l'anesthésie, puisqu'elle fut locale. Citons, à ce propos, l'hypothèse de Descomps : « On peut se demander si les troubles d'ordre sympathique ne joueraient pas un rôle dans la genèse de ces complications pulmonaires, l'embolie venant, ou non, selon les circonstances, s'intercaler d'autre part dans cette pathogénie complexe. »

DIAGNOSTIC

Sur plus de 150 cas actuellement connus de torsion épiploïque avec hernie, le diagnostic n'a été fait que quatre fois (1), ce qui est déjà remarquable.

Mais dans les cas que nous étudions ici, l'absence de cette « hernie indicatrice », comme l'appelle Lejars, rend le diagnostic encore plus difficile.

Il n'a jamais été fait.

La torsion de l'épiploon a été confondue avec l'appendicite 22 fois (soit environ les 2/3 des cas). Elle a simulé aussi la cholécystite 5 fois, un kyste de l'ovaire, une salpingite, une occlusion intestinale, une perforation d'ulcère d'estomac.

La confusion avec l'appendicite est donc de beaucoup la plus fréquente, et on se l'explique aisément. En effet, non seulement il n'existe aucun signe différentiel entre ces deux affections, mais qu'il s'agisse d'appendicite ou de torsion de l'épiploon, toujours l'ébranlement du système nerveux se traduit en clinique par le même syndrome abdomino-péritonéal. De plus, le siège de la douleur est souvent le même.

Sur quels caractères pourrait-on espérer faire un diagnostic différentiel ?

Lejars signale deux bons signes : d'une part, la rapidité d'apparition de la tumeur ; d'autre part, l'évolution relativement bénigne des accidents qui cadre mal avec l'hypothèse d'une vaste suppuration appendiculaire.

(1) D'après D'Allaines et Rouffiac.

Skeel note aussi cette apparition soudaine de la tumeur, sans symptômes alarmants, et il y ajoute la matité superficielle.

Morestin insiste sur l'apparence superficielle de la tumeur qui donne la sensation d'un plastron, et sur son extrême sensibilité.

Cette tumeur, d'après Broca, n'a pas d'induration inflammatoire autour d'elle ; autour d'un abcès appendiculaire de ce volume, l'empâtement est obligatoire.

Block et Darmstadter signalent que l'évolution se fait en plusieurs phases, avec intermittences. Mais ces intermittences peuvent exister dans l'appendicite et manquent souvent dans les torsions de l'épiploon.

Sans doute, tous ces signes ont leur valeur ; mais aussi combien de fois nous les trouvons en défaut !

Aussi, n'est-il guère probable que ce diagnostic soit jamais fait, et Descomps lui-même pense qu'il est plus sage d'y renoncer de suite.

Cette erreur de diagnostic n'a d'ailleurs pas de conséquences particulièrement fâcheuses, puisque tous les malades ont été guéris, sauf un, mort de broncho-pneumonie.

Mais il y a des cas où la confusion pourrait être sérieuse ; supposons, par exemple, qu'on résèque un appendice peu altéré, et qu'on referme le ventre sans s'apercevoir qu'une petite frange de l'épiploon est tordue et en voie de gangrène.

D'autre part, notons que si le diagnostic avait été posé avant l'opération, il aurait évité aux malades de Skeel, d'Eliot et de Risley, les inconvénients d'une double éventration.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Dans toutes nos observations, l'évolution a été arrêtée par une intervention chirurgicale plus ou moins précoce qui nous a révélé un épiploon privé de sa circulation normale et en voie de gangrène.

Aimes pense simplement que l'évolution naturelle doit être la mort.

Au contraire Ill se demande si son malade n'aurait pas guéri sans aucune opération.

La formation rapide d'adhérences, autour de la portion tordue, ne nous permet pas de croire à cette guérison spontanée.

Remarquons que si toutes les torsions d'organes abdominaux sont graves, la torsion de l'épiploon est une des plus bénignes, parce qu'elle est facile à traiter, comme nous allons voir.

La statistique montre : 37 cas ; 36 guérisons ; une mort par broncho-pneumonie.

Le pronostic reste donc favorable, à condition qu'on intervienne à temps.

TRAITEMENT

Le traitement préventif, ne pouvant se baser que sur la connaissance précise de la pathogénie, nous est entièrement inconnu. Nous n'envisagerons que le traitement curatif.

Il n'existe aucun traitement médical. La glace et l'opium n'ont qu'une action symptomatique. Le rôle que nous avons reconnu au péristaltisme intestinal contre-indique l'emploi des purgatifs.

Le traitement doit être chirurgical.

Soit que le chirurgien ait fait le diagnostic inexact d'appendicite, soit qu'il ait reconnu la torsion de l'épiploon, soit qu'il n'ait pu faire aucun diagnostic précis, il pratique la laparotomie.

L'incision la plus favorable semble être l'incision latérale sur le bord du grand droit à droite. Elle permet d'atteindre la région appendiculaire, et la portion d'épiploon tordue. Elle donne beaucoup de jour. De plus, elle peut être prolongée sans aucun inconvénient en haut ou en bas, selon les résultats donnés par l'exploration de la cavité péritonéale.

L'incision médiane peut aussi être faite avec avantage.

Mais les incisions latérales au-delà du grand droit, sont défavorables ; Kelley Hale ayant fait une incision de Mac Burney est obligé de la prolonger en haut ; Skeel, dans les mêmes conditions, est obligé de faire une seconde incision, médiane cette fois ; Eliot complète son incision latérale par une sous-ombilicale, et Risley par une incision au bord du grand droit.

Deux méthodes peuvent être ensuite employées : le déroulement, ou la résection de l'épiploon.

Le déroulement pur et simple n'a été employé qu'une fois (Eitel). Le résultat a été bon. Il n'y a eu récurrence, ni de l'ascite, ni de la torsion. Mais cette présence d'ascite et l'absence d'adhérences créaient là, des conditions toutes spéciales, et nous pensons, comme Lejars, que le déroulement « n'est applicable qu'aux cas de date toute récente et de torsion peu serrée, dans lesquels l'infarctus hémorragique n'existe pas encore. »

La résection après ligature du pédicule est plus fréquemment pratiquée, et avec un succès constant. Elle comporte la libération préalable des adhérences de l'épiploon avec les organes voisins ; c'est là le temps le plus délicat de l'intervention. Noble signale que leur rupture entraîne une hémorragie assez abondante. Lejars constate que « cette besogne de libération demande à être conduite avec d'autant plus de soin, que les parois intestinales sont congestionnées, friables, saignantes, et se laisseraient aisément « pelurer » et déchirer. » A ce point de vue, plus l'opération est précoce, plus elle est facile.

La ligature du pédicule doit être faite assez haut, en tissu épiploïque sain. Dans les cas de torsion totale, elle doit être sous-côlique.

Il ne reste plus qu'à sectionner le pédicule, et à suturer la paroi. Le lavage de la cavité péritonéale, son drainage, ont été faits, mais ne sont pas utiles dans les cas ordinaires, car, comme nous l'avons vu, la péritonite reste aseptique.

Aucune récurrence n'est signalée.

L'ablation, même totale, n'a jamais occasionné les troubles observés expérimentalement par Friedreich et Von Eiselberg (1) (selles sanglantes, hémorragies gastriques).

L'innocuité et l'efficacité de ce traitement sont donc incontestables.

(3) Cités par Aimes.

CONCLUSIONS

I. — La torsion de l'épiploon, sans hernie, est une affection tout à fait rare. Nous n'avons pu en trouver que trente-sept observations.

II. — Elle se fait ordinairement de droite à gauche et porte la totalité de l'épiploon vers la droite. Elle a pour effet la suppression de la circulation sanguine dans la portion tordue qui présente rapidement des lésions d'épiploïte et de gangrène.

III. — La torsion peut se produire spontanément ou être la conséquence d'un traumatisme, accident du travail ou non.

IV. — Elle peut être primitive ou secondaire à un kyste de l'ovaire, à un kyste hydatique de l'épiploon. La pathogénie des torsions primitives reste obscure. Un rôle très important y est joué par le péristaltisme intestinal.

V. — Les symptômes simulent habituellement ceux d'une appendicite aiguë.

VI. — Le diagnostic n'en a jamais été fait.

VII. — Le pronostic est favorable si on intervient à temps.

VIII. — Le traitement de choix est la résection de l'épiploon tordu.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

Vu :

Le Doyen,

G. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 21 Juin 1924.

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Doyen délégué,

G. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- EITEL. — *Medical Record*, 1899, 715.
- BALDWIN. — *Ann. of surg.*, 1902, XXXVI, 940 ; in SKEEL, *Am. j. of obst.*, 1907, LVI, 799.
- SÝME. — *Intercol. méd. j. of Australasia*, 1902, VII, 444 ; in SKEEL, loc. cit.
- PAYR. — *Archiv. f. klin. chir.*, 1902, LXVIII, 2, 501 ; in LEJARS, *Sem. méd.*, 1907, XXVII, 73.
- BROCA. — *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, 1902, 538.
- NOBLE. — *Am. j. of obst.* 1904, XLIX, 364 et *Sem. méd.*, 1904, 260.
- STEWART. — *J. am. méd. ass.*, 1904, XLIII, 767.
- SCUDDER. — *Ann. of surg.*, 1904, XL, 916.
- O. SIMON. — *Münsch. méd. Wochenschrift*, 1905, LII, 1979.
- RIEDEL. — *Münsch. méd. Wochenschrift*, 1905, LII, 2257.
- CULLEN. — *Johns Hopkins hosp. report*, 1905, XVI, 401 ; in SKEEL, loc. cit.
- TUFFIER. — *Bull. et mém. soc. chir.*, Paris, 1906, XXXII, 301.
- HANLEY. — *Buffalo méd. j.*, 1906, 539.
- SKEEL. — *Am. j. obst.* 1907, LVI, 799.
- EDW. J. ILL. — *Am. j. obst.* 1907, LVI, 742.
- FRÉDERICK. — *Am. j. obst.*, 1907, LVI, 742.
- KOTHE. — *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1908, 738.
- FULLER. — *Surg. gynec. and obst.*, Chicago, 1908, VII, 231 ; in BALDUIN, *Prager méd. Wochenschrift*, 1910, XXXV, 559.
- GMEINER. — 1908 ; in BALDUIN, loc. cit.
- SCHOENHOLZER. — *Corresp. blatt für chir.*, 1909 ; in BARBONI, thèse de Paris, 1911.
- MARKOE. — *N. Y. méd. j.*, 1910, XCII, 4.
- H. BALDUIN. — *Prag. méd. Wochenschrift*, 1910, XXXV, 574.
- ELIOT. — *Ann. of surg.*, 1914, LIX, 777.
- MATHEWS. — *Ann. of surg.*, 1914, LIX, 778.
- HARTWELL. — *Ann. of surg.*, 1915, LXI, 626.

- ROSS. — *Ann. of surg.*, 1916, LXIII, 248.
- KELLEY HALE. — *J. am. méd. ass.* 1917, LXVIII, 977.
- KOEHLER. — *Archiv. f. klin. chir.*, 1918-19, CXI, 514.
- RISLEY. — *Boston med. and surg. j.* 1919, CLXXXI, 362.
- ERDMANN. — *Ann. of surg.*, 1921, LXXXIII, 252.
- LEFEBVRE (de Toulouse). — *Bull. et mém. soc. chir.*, Paris, 1923, XLIX, 175.
- D'ALLAINES et ROUFFIAC. — *Bull. et mém. soc. anat.*, Paris, 1923, XCIII, 327.
- MCIVER. — *Boston med. and surg. j.*, 1923, CLXXXVIII, 65.
- BRUNET. — *Essai sur une forme spéciale d'épiploïte chronique et sur la torsion de l'épiploon.* Thèse de Paris, 1899-1900.
- MARTINAUD. — *Les torsions de l'épiploon.* Thèse de Bordeaux, 1901-02.
- GIRAudeau. — *De la torsion intra-abdominale du grand épiploon,* thèse de Paris, 1902-1903.
- AUDIER. — *Contribution à l'étude des torsions du grand épiploon,* thèse de Lyon, 1903-1904.
- ROCHE. — *Des torsions de l'épiploon,* thèse de Paris, 1904-1905.
- FOUSSENQ. — *Torsion du grand épiploon,* thèse de Montpellier, 1907-08.
- BARBONI. — *Torsion de l'épiploon,* thèse de Paris 1910-1911.
- LEJARS. — *Les torsions du grand épiploon.* *Sem. méd.*, Paris 1907, XXVII, 73.
- LAPEYRE. — *Sur l'omento-volvulus ou torsion du grand épiploon,* *Archiv. prov. de chir.* Paris, 1907, XVI, 270.
- MAUCLAIRE. — *Torsion de l'épiploon.* *Bull. méd.*, Paris, 1910, XXIV, 1195.
- MORESTIN. — *Torsion abdominale du grand épiploon.* *Bull. et mém. de la soc. anat.*, Paris, 1914, LXXIX, 85.
- AIMES. — *La physiologie du grand épiploon.* *Progrès médical*, Paris, 1919, XXXIV, 393.
- *La torsion du grand épiploon.* *Progrès médical*, 1919, XXXIV, 425.
- BLOCK et DARMSTADTER. — *Torsion of the omentum.* *J. am. méd. ass.*, 1920, LXXIV, 881.
- DESCOMPS. — *Rapport sur l'observation de Lefebvre (de Toulouse).* *Bull. et mém. de la soc. de chir.* Paris, 1923, XLIX, 175.
-

